

OBSERVATEUR-Q

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

Rapport de 2007

sur le
système de
santé de
l'Ontario



COQSS

Conseil ontarien de la qualité
des services de santé



Ontario

Observateur Q | CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

Chaque Ontarienne et chaque Ontarien a sa part de responsabilité dans la qualité du système – et nous espérons que ce rapport vous aidera à mieux comprendre le système de santé public et vous fournira les renseignements dont vous avez besoin pour continuer à œuvrer pour son amélioration.

Après tout, il s'agit de votre santé et de votre système de santé.

TABLE DES MATIÈRES

1		4	
INTRODUCTION ET RÉSUMÉ	3	CE QUE NOUS SAVONS SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ	67
2		4.1 RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE DE QUALITÉ	67
VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ TRÈS PERFORMANT POUR L'ONTARIO	11	4.2 AMÉLIORATION DU RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	70
3		4.3 AMÉLIORATION DES PRATIQUES EN SOINS DE SANTÉ	71
QUEL EST LE RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC DE L'ONTARIO?	15	4.3.1 Obstacles s'opposant à l'utilisation des meilleures pratiques	71
3.1 ACCESSIBLE	15	4.3.2 Soutien à l'intégration des données dans la pratique	72
3.1.1 L'accès à un médecin de famille	16	4.4 MODÈLE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ - LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE	73
3.1.2 L'accès à des soins spécialisés	17	4.4.1 Éléments du succès	73
3.1.3 L'amélioration de l'accès grâce à la télémédecine	20	4.4.2 Impact au-delà des cinq priorités en matière de temps d'attente	74
3.2 EFFICACE	20	4.4.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité	75
3.2.1 Fourniture des soins recommandés pour les maladies chroniques	21	4.5 CONCLUSIONS	75
3.2.2 Survie après une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral et certains cancers	24	5	
3.2.3 Réadmission à l'hôpital pour le traitement de maladies chroniques	27	PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES EN ONTARIO	77
3.3 SÛR	29	5.1 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES MALADIES CHRONIQUES	78
3.4 AXÉ SUR LE PATIENT	31	5.2 ÉVALUATION DU RENDEMENT DE L'ONTARIO DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES	79
3.5 ÉQUITABLE	33	5.2.1 Systèmes d'information clinique	80
3.5.1 Les Autochtones : quel est le rendement du système de santé pour eux?	34	5.2.2 Action communautaire et liens avec la communauté	81
3.5.2 Équité pour les néo-Canadiens	38	5.2.3 Soutien à l'autogestion	82
3.6 EFFICIENT	43	5.2.4 Soutien à la prise de décisions	84
3.7 ADÉQUATEMENT OUTILLÉ	45	5.2.5 Conception du système de prestation	85
3.7.1 Ressources financières	46	5.2.6 Intégration effective des éléments du modèle de soins chroniques	86
3.7.2 Ressources humaines dans le domaine de la santé	48	5.2.7 Organisation du système de prestation de soins de santé	86
3.7.3 Cybersanté	53	5.3 QUELS SONT LES ENJEUX? ANALYSE DE RENTABILISATION D'UNE PRISE EN CHARGE ET D'UNE PRÉVENTION AMÉLIORÉES DES MALADIES CHRONIQUES	89
3.8 INTÉGRÉ	55	5.4 CONCLUSIONS	91
3.8.1 Progrès des réseaux locaux d'intégration des services de santé	57	6	
3.9 CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION	57	REMERCIEMENTS	92
3.9.1 Significations diverses de la santé de la population	57	7	
3.9.2 Stratégies d'amélioration de la santé de la population	59	MEMBRES DU CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ	93
3.9.3 Quel est l'état de santé global des habitants de l'Ontario?	60		
3.10 CONCLUSIONS	64		



1



INTRODUCTION ET RÉSUMÉ



Les Ontariens et les Ontariennes partagent la même vision d'un système de santé très performant. Nous voulons un système de santé qui soit à la fois accessible, efficace, sûr, axé sur le patient, équitable, efficient, adéquatement outillé, intégré et centré sur la santé de la population. Nous appelons ces éléments les *neuf attributs d'un système de santé très performant*.

Ces neuf attributs nous aident à évaluer la qualité du système de santé public et à rendre compte de celle-ci. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme indépendant créé en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Notre mandat consiste à renseigner la population ontarienne sur l'état de son système de santé public et, notamment, à établir si les Ontariens et les Ontariennes ont accès aux services de santé requis en temps opportun, si les professionnels de la santé sont rassemblés en nombre suffisant et selon des proportions adéquates, si l'état de santé général de la population est satisfaisant et si le système a obtenu les résultats escomptés. En outre, nous appuyons les efforts visant à poursuivre l'amélioration de la qualité du système de santé de l'Ontario. Ce document constitue notre second rapport annuel.

Nos rapports visent à vous fournir des renseignements objectifs sur les points forts de notre système de santé et sur les points à améliorer. Chaque Ontarienne et chaque Ontarien a sa part de responsabilité dans la qualité du système de santé – et nous espérons que ce rapport vous aidera à mieux comprendre le système de santé public et vous fournira les renseignements dont vous avez besoin pour continuer à oeuvrer pour son amélioration. Après tout, il s'agit de votre santé et de votre système de santé.

Pour préparer notre rapport, nous avons demandé à des chercheurs respectés de trouver des preuves objectives, nous avons sillonné la province afin de connaître les attentes et les expériences de la population à l'égard du système de santé et nous avons consulté des experts pour qu'ils nous donnent leur avis sur ce que nous avons appris.

RÉSUMÉ

Cette année, notre évaluation provinciale des neuf attributs a montré de nombreux signes positifs dont nous pouvons tous être fiers. Malheureusement, notre rapport révèle également de nombreuses lacunes. La prise en charge du fardeau de plus en plus lourd des maladies chroniques est un défi particulièrement important, que nous devons relever. De plus, nous devons améliorer continuellement la qualité du système de santé. Et pour réussir l'un et l'autre, nous avons besoin de données plus nombreuses et plus précises.

Nous avons fortement insisté sur ce point l'an dernier et il reste tout aussi important cette année : nous ne pouvons pas avoir un système de santé très performant si nous ne disposons pas des meilleures données – et dans ce domaine, nous sommes encore loin du compte. Pour être efficaces, nous avons besoin de données provinciales normalisées et complètes sur les utilisateurs du système de santé, les types de soins demandés, la localisation des soins et les résultats obtenus. Il est essentiel d'avoir de meilleures données pour surveiller le système de santé ontarien et en rendre compte au public et pour suivre l'évolution "des tendances pour des régions, des groupes d'utilisateurs et des types de maladies spécifiques. Sans données précises, nous ne pouvons pas améliorer la qualité du système de santé.

Avec les données dont nous disposons, nous avons néanmoins rédigé un rapport détaillé sur l'état de notre système de santé. Dans ce résumé, nous décrivons brièvement où nous en sommes pour chacun des neuf attributs, puis nous approfondirons un peu plus certains problèmes.

ACCESSIBLE

On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur.

L'Ontario a annoncé la mise en œuvre de sa Stratégie de réduction des temps d'attente à la fin de 2004 et, depuis lors, a réduit les temps d'attente pour tous les services spécialisés visés – chirurgie du cancer, chirurgie cardiaque, examens par IRM et tomographie par émission de positons, arthroplastie de la hanche et du genou et chirurgie de la cataracte. Il est prévu d'étendre cette stratégie à d'autres types de chirurgies, de manière à pouvoir également mesurer les temps d'attente pour ces services et à les réduire.

De moins en moins de patients résidant dans les régions rurales ou éloignées de l'Ontario doivent se déplacer pour des consultations médicales grâce à la télémedecine, qui utilise la vidéoconférence et d'autres technologies pour permettre aux patients de consulter des médecins à des centaines de kilomètres de distance.

Il existe 359 centres de télémedecine répartis dans 190 collectivités de l'Ontario et d'autres encore devraient être créés au cours de l'année à venir.

Depuis 2003, un demi-million de personnes supplémentaires ont déclaré avoir un médecin régulier, ce qui signifie que nous suivons le rythme de la croissance démographique. Il s'agit d'une bonne nouvelle mais il reste du chemin à parcourir pour que l'ensemble des Ontariens et des Ontariennes qui le souhaitent aient un accès adéquat à un médecin de famille.

Cependant, un meilleur accès exige un plus grand nombre de professionnels de la santé, mieux répartis dans la province, et une utilisation efficace de leurs compétences, par exemple, dans le cadre des équipes de santé multidisciplinaires. Il faut également prêter attention à l'accès aux soins pour les patients de certains groupes (comme les Autochtones et les nouveaux immigrants) et de certaines régions.

EFFICACE

On devrait pouvoir obtenir des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles.

Nous constatons une amélioration des résultats pour les patients au cours du premier mois – décisif – suivant une crise cardiaque : le taux de survie à 30 jours est passé de 85,5 à 88,9 pour cent au cours des six dernières années. De plus, la mise en place du système ontarien de prévention des accidents vasculaires cérébraux a permis à davantage de patients admissibles des centres désignés de traitement des accidents vasculaires cérébraux de recevoir en temps opportun des médicaments d'importance vitale.

Lorsque les fournisseurs de soins utilisent des lignes directrices fondées sur des preuves, les résultats pour les patients sont meilleurs – c'est ce que montrent Action Cancer Ontario et le Réseau ontarien de soins cardiaques. Malheureusement, nous ne les utilisons pas suffisamment et certaines personnes, plus particulièrement les malades chroniques, ne reçoivent pas les meilleurs soins possibles.

Les meilleures stratégies pour les malades chroniques hospitalisés consisteraient à les laisser rentrer chez eux lorsqu'ils y sont prêts, avec un plan de soins leur expliquant comment prendre en charge leur maladie, améliorer autant que possible leur état de santé et éviter une nouvelle hospitalisation.

SÛR

On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner.

Le nombre d'Ontariens et d'Ontariennes qui ont été victimes d'une fracture de la hanche en tombant dans un hôpital ou un centre de soins de longue durée est inférieur à la moyenne nationale, mais il devrait être encore plus faible. D'autre part, si seulement six pour cent des malades chroniques développent des escarres, celles-ci pourraient pour la plupart être évitées.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a élaboré le Système informatique du Visualiseur des profils pharmaceutiques des patients, qui permet au personnel du service des urgences de surveiller les prescriptions et les réactions possibles aux médicaments. Il a également créé un groupe d'experts sur la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux dans le cadre de sa Stratégie de réduction des temps d'attente.

Pour rendre les soins de santé plus sûrs, il faut passer moins de temps à reprocher les problèmes aux fournisseurs de soins et se concentrer davantage sur la recherche des défaillances à l'origine des événements indésirables et sur la modification du système pour empêcher qu'elles ne se reproduisent. Cette approche fondée sur le système est un élément essentiel pour tous les aspects de l'amélioration continue de la qualité.



AXÉ SUR LE PATIENT

Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.

Neuf personnes sur 10 en Ontario se déclarent satisfaites des soins dispensés par leur médecin lors de leur bilan de santé régulier et lorsqu'elles sont malades. Fait rassurant, les Ontariens et les Ontariennes souffrant de maladies chroniques sont tout aussi satisfaits.

Action Cancer Ontario adopte des initiatives visant à améliorer les soins axés sur le patient. L'Hôpital Princess Margaret propose à ses patients une série de ressources interactives sur le traitement du cancer, qui comprend un site Intranet pour l'éducation des patients, une visite virtuelle de l'hôpital accessible en sept langues, un guide destiné aux familles et aux amis et une bibliothèque. Les patients peuvent accéder en ligne aux résultats de leurs analyses de sang ainsi qu'à des explications pour les comprendre.

Nous en apprendrions davantage sur les soins axés sur le patient si nous pouvions mesurer l'opinion des patients sur certains aspects des soins, comme la qualité de la communication avec leurs fournisseurs de soins.

ÉQUITABLE

La qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est et où l'on vit.

La proportion d'Ontariens et d'Ontariennes (neuf sur 10) qui déclarent avoir un médecin régulier est très similaire chez les personnes nées au Canada et chez celles qui ont immigré au pays il y a plus de cinq ans, ce qui est encourageant. Cependant, chez les nouveaux immigrants (arrivés au Canada il y a moins de cinq ans), le pourcentage est beaucoup plus bas : 73 pour cent seulement.

Les Autochtones de l'Ontario rencontrent des difficultés pour se faire soigner et pour recevoir des soins coordonnés et respectueux de leur culture. La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones et le nombre croissant d'administrateurs et de fournisseurs de soins autochtones renforcent la capacité de la province à proposer les meilleurs soins possibles à sa population autochtone, mais il reste encore de nombreux progrès à accomplir.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a inclus le thème de l'équité dans son plan stratégique et de nombreux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) se concentrent sur la diversité. L'augmentation des débouchés pour les professionnels de la santé formés à l'étranger, l'admission des étudiants autochtones dans les formations en soins de santé et les programmes de formation dans les collectivités du Nord devraient améliorer l'accès à des soins adaptés sur le plan culturel et répondre aux besoins des diverses populations de l'Ontario.





EFFICIENT

On devrait constamment chercher des moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé

La Stratégie de réduction des temps d'attente mise en place dans la province a démontré que l'examen, la mesure et la normalisation des processus administratifs et logistiques pouvaient améliorer l'efficacité de la chirurgie et réduire les temps d'attente.

Les organismes de la province montrent la voie à suivre pour améliorer l'efficacité : le groupe Grey Bruce Health Services a amélioré sa coordination avec les services communautaires qui s'occupent des patients à leur sortie de l'hôpital, ce qui a réduit les séjours à l'hôpital de deux jours en moyenne. Le Partenariat de services de santé de Sault Ste. Marie a réduit de 43 pour cent le nombre de réadmissions de patients souffrant d'insuffisance cardiaque, ceci grâce à l'intervention des médecins de famille qui prennent soin de leurs patients à l'hôpital puis travaillent en étroite collaboration avec le personnel de soins à domicile une fois que les patients sont rentrés chez eux.

Cependant, dans l'ensemble du secteur hospitalier, on constate peu de changements dans le nombre de lits occupés par des personnes prêtes à recevoir un plus faible niveau de soins ou qui n'ont pas besoin d'être admises au service des urgences. Un système plus efficace permettrait aux patients de quitter l'hôpital et d'être acheminés en toute quiétude vers un niveau de soins plus adapté à leurs besoins.

ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

Le système de soins de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens.

On s'intéresse davantage au besoin de rassembler dans la province les proportions adéquates de professionnels et d'organismes de soins de santé. Les débouchés pour les professionnels formés à l'étranger et le nombre de médecins de soins primaires et d'étudiants en soins de santé sont en augmentation. La stratégie ProfessionsSantéOntario supervise les efforts visant à renforcer les ressources humaines disponibles dans le secteur de la santé, mais il nous faut davantage de renseignements pour nous adapter à l'évolution du rôle des fournisseurs de soins et aux nouvelles méthodes de prestation des soins.

Les dépenses en soins de santé commencent à être envisagées en termes de résultats pour la santé générale de la population. Cependant, nous avons besoin de meilleurs renseignements pour déterminer si l'Ontario obtient de bons résultats par rapport à ses investissements dans les soins de santé.

Si nous ne disposons pas d'excellentes données, nous ne pouvons pas avoir un système de santé très performant et, malheureusement, la plupart des hôpitaux de l'Ontario sont loin d'avoir totalement mis en place un système complet de dossiers médicaux électroniques.

INTÉGRÉ

Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité.

Une bonne intégration des soins préventifs et des soins primaires devrait permettre d'éviter la plupart des séjours à l'hôpital pour des maladies chroniques. Les taux d'hospitalisation pour asthme, bronchite aiguë, pneumonie et cardiopathie sont en baisse en Ontario et sont inférieurs à la moyenne canadienne.

Les nouveaux RLISS sont chargés de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé dans 14 régions de la province, y compris de la mise en œuvre des nouveaux plans d'intégration des services de santé. Ce travail se poursuit.

Pour mesurer et évaluer l'intégration du système de santé, nous avons besoin de dossiers médicaux électroniques afin d'aider les patients à évoluer dans le système.

CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.

Certaines réussites notables ont été enregistrées en ce qui concerne le changement des comportements nuisibles pour la santé. Ainsi, les taux de tabagisme sont beaucoup plus faibles qu'il y a une génération – le nombre d'adolescents qui fument quotidiennement a diminué de moitié ces cinq dernières années, pour atteindre un taux de seulement six pour cent. Néanmoins, la moitié des adultes de l'Ontario ne font pas d'exercice physique et une personne sur sept est obèse. Le taux d'obésité est resté stable ces cinq dernières années.

Les programmes de dépistage aident à déceler les cancers à un stade précoce, au moment où il est le plus facile de les traiter. Action Cancer Ontario a formulé des recommandations et défini des objectifs pour le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon mais nous sommes encore loin du but. Seulement 68 pour cent de la population cible passe les examens recommandés pour le dépistage du cancer du sein. La proportion est de 62 pour cent de la population cible pour le cancer du col de l'utérus et de 10 pour cent du groupe cible pour le cancer du côlon.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a récemment annoncé la mise en place d'un programme visant à augmenter la participation au dépistage du cancer du côlon. Le ministère de la Promotion de la santé élabore un plan afin de promouvoir des politiques publiques axées sur la santé en encourageant tous les secteurs du gouvernement provincial à coordonner les politiques et les programmes qui influencent la santé et le bien-être de la population ontarienne.

Le défi des maladies chroniques

Un examen minutieux des résultats de l'Ontario pour les neuf attributs d'un système de santé très performant nous permet de savoir ce qui fonctionne et ce qu'il faut encore améliorer. La manière dont nous gérons les maladies chroniques est au premier rang des améliorations nécessaires. Bien que les problèmes aigus – tels les maladies graves et subites ou les immenses besoins des victimes d'accident – soient souvent la première chose qui nous vienne à l'esprit lorsque nous évoquons les soins de santé, les maladies chroniques, comme les cardiopathies et le diabète par exemple, qui persistent pendant des années, constituent pour leur part le plus grand défi. En Ontario, au moins 60 pour cent des dépenses en soins de santé sont attribuables aux maladies chroniques.

L'Ontario a besoin d'une stratégie coordonnée à l'échelle du système afin de réduire les maladies chroniques et de mieux les prendre en charge. Une stratégie à long terme visant à redéfinir la manière dont nous soignons les maladies chroniques – y compris le soutien des patients pendant qu'ils apprennent à se prendre en charge – améliorerait la santé de millions de personnes en Ontario et réduirait les coûts pour le système de santé.

- Le nombre de patients souffrant d'une maladie chronique, par exemple d'arthrite, de diabète et d'insuffisance cardiaque, augmente avec l'âge de la population.
- Environ un Ontarien sur trois, tous âges confondus, présente une ou plusieurs maladies chroniques. Chez les plus de 65 ans, presque quatre personnes sur cinq souffrent d'une maladie chronique; parmi elles, 70 pour cent sont atteintes d'au moins deux maladies chroniques.



- La proportion de Canadiens qui affirment souffrir d'une maladie chronique est de 50 pour cent plus élevée chez ceux qui ont un faible revenu que chez ceux qui touchent un revenu élevé; par ailleurs, ce premier groupe est trois fois plus susceptible que le second de déclarer au moins deux maladies chroniques.
- La population autochtone de l'Ontario, groupe qui affiche généralement des résultats plus faibles en termes de revenu, d'instruction scolaire et d'emploi et qui vit souvent dans un milieu physique médiocre, présente des taux plus élevés pour la plupart des maladies chroniques. Elle a de trois à cinq fois plus de risques de souffrir de diabète de type 2.



- Un mode de vie sain (c'est-à-dire un environnement salubre, une alimentation équilibrée, une bonne condition physique, des relations familiales et sociales épanouissantes ainsi qu'un emploi sûr et gratifiant) peut prévenir plus de 80 pour cent des cas de maladies coronariennes et de diabète de type 2, et plus de 85 pour cent des cas de cancer du poumon et de maladie pulmonaire obstructive chronique comme l'emphysème.

Il existe des données suffisantes sur la manière d'améliorer les soins aux malades chroniques et d'excellents traitements existent déjà dans la province. Cependant, les efforts visant à prévenir et à prendre en charge les maladies chroniques sont inégaux et manquent de coordination. La plupart des malades chroniques ne sont pas encouragés à prendre leurs soins en main ou ne reçoivent pas de plan de gestion écrit et l'absence de dossiers électroniques aboutit à des soins qui ne sont ni organisés ni pris en charge de manière optimale.

Certains signes positifs indiquent une amélioration future des soins pour les maladies chroniques. Le plan stratégique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

consiste à inclure la prise en charge des maladies chroniques et les 14 RLIS de l'Ontario ont fait de ces maladies une priorité dans leurs plans de services. De plus, le passage de l'Ontario à des modèles de soins primaires interdisciplinaires devrait permettre aux malades chroniques de recevoir une vaste gamme de soins bien intégrés de la part de leurs fournisseurs de soins primaires.

Cependant, nous nous inquiétons de voir trop de personnes différentes travailler à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques sans coordonner leurs efforts. Il pourrait être impossible de distinguer clairement celles qui élaborent et dispensent des soins efficaces aux malades chroniques – avec le risque que certains éléments passent entre les mailles du filet. Il faudrait donc mettre en place une stratégie sur les maladies chroniques en utilisant un modèle dont la réussite est avérée.

L'amélioration continue de la qualité

La situation des maladies chroniques nous montre que notre système de santé n'est pas aussi performant que nous le souhaiterions. Pour l'améliorer, nous devons élaborer et mettre en place des stratégies d'amélioration de la qualité. Il nous faut à cette fin concevoir un système possédant tous les éléments adéquats en termes d'infrastructure, de leadership, d'engagement avec les fournisseurs de santé et de reddition des comptes au public ainsi que des données fiables pour mesurer et évaluer les soins. Nous avons fait les constatations suivantes :

- Les Ontariens et les Ontariennes souhaitent une responsabilisation de tous les acteurs du système de santé. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé établit des rapports sur la qualité à l'échelon provincial et, lorsque c'est possible, à l'échelon local. De plus, les RLIS devraient bientôt commencer à rendre compte de la qualité au public dans les régions qu'ils desservent.
- Des tierces parties indépendantes devraient évaluer la qualité de chaque organisme local de santé et rendre leurs conclusions publiques. La comparaison des soins dispensés dans un établissement avec les pratiques exemplaires éprouvées peut mettre en lumière les domaines qui ne sont pas assez performants, de manière à pouvoir élaborer des plans d'amélioration.
- Le Conseil canadien de la santé est du même avis : il recommande que tous les organismes de santé participent à des processus réguliers d'agrément et rendent ces résultats publics afin d'assurer une responsabilisation locale.

- Le manque de renseignements constitue un obstacle majeur à la responsabilisation et à l'amélioration de la qualité. Si nous ne pouvons pas mesurer la qualité des soins que nous dispensons, nous ne pouvons pas la gérer efficacement et nous ne pouvons pas élaborer de plans solides pour l'améliorer.
- Les dossiers médicaux électroniques sont essentiels, que ce soit pour coordonner les soins d'un seul patient ou pour organiser le système tout entier. Il existe une stratégie provinciale sur la cybersanté mais son fonctionnement n'est pas encore clairement établi. Jusqu'à présent, le travail et les investissements restent faibles.

Il est dans l'intérêt de chacun de tout faire pour que le système de santé propose la meilleure qualité de soins possible mais il nous manque toujours une stratégie d'amélioration continue de la qualité à l'échelle du système. Là où nous obtenons de bons résultats, nous suivons les lignes directrices sur l'amélioration des soins de santé en renforçant le leadership, en changeant la culture organisationnelle, en mettant en place les stratégies et les politiques adéquates et en veillant à la disponibilité des structures et des ressources requises pour collecter et mesurer les données. Nous insistons sur la communication, la formation et l'implication des fournisseurs de santé.

Nous travaillons avec les professionnels pour changer leurs pratiques. Cette approche a été efficace pour la Stratégie de réduction des temps d'attente, qui pourrait devenir un modèle pour l'amélioration de la qualité de tout le système.

Cependant, si la Stratégie de réduction des temps d'attente prouve qu'il est possible d'opérer des changements pour améliorer la qualité, une stratégie d'amélioration de la qualité à l'échelle du système doit reposer sur des données complètes et normalisées collectées dans l'ensemble du système. Des données plus nombreuses et plus précises nous permettraient de planifier des améliorations, de veiller à la mise en place des ressources appropriées pour proposer les meilleurs soins et de surveiller les régions insuffisamment performantes ou les populations dont la santé n'est pas aussi bonne qu'elle devrait l'être.

Pour atteindre ces objectifs, les dossiers médicaux électroniques sont essentiels. Ils pourraient nous renseigner sur les utilisateurs du système de santé, les types de soins demandés et l'efficacité de ceux-ci. Ces renseignements sont indispensables pour pouvoir évaluer efficacement le système de santé de l'Ontario et pour l'améliorer.





2



VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ TRÈS PERFORMANT POUR L'ONTARIO



Nous avons commencé notre travail en demandant à des experts quels devraient être les attributs ou les caractéristiques d'un système de santé très performant. Puis, nous avons organisé des assemblées publiques locales et des groupes de discussion dans toute la province afin de savoir ce que les Ontariens attendaient de leur système de

santé et comment ils définissaient les caractéristiques d'un système de santé très performant. Ensuite, nous avons vérifié la clarté et la pertinence de la définition des caractéristiques énoncées lors des assemblées publiques. Ce processus a engendré les définitions suivantes des neuf attributs d'un système de santé très performant :

ACCESSIBLE

On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur.

Par exemple, lorsqu'un examen particulier est nécessaire, vous devriez pouvoir le passer quand il est nécessaire et sans qu'il occasionne chez vous encore plus de pressions et de contrariétés. Si vous souffrez d'une maladie chronique, comme le diabète ou l'asthme, vous devriez pouvoir la gérer et éviter ainsi des problèmes plus graves.

EFFICACE

On devrait pouvoir obtenir des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles.

Par exemple, votre médecin (ou votre fournisseur de soins de santé) devrait connaître les traitements éprouvés pour vos besoins particuliers, y compris les meilleures façons de coordonner les soins, de prévenir la maladie ou de mettre la technologie à profit.

SÛR

On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner.

Par exemple, on devrait prendre des mesures afin de diminuer les risques de chute des personnes âgées dans les maisons de soins infirmiers. Des mécanismes devraient être mis en place afin d'éviter les erreurs de médicament ou de dosage.

AXÉ SUR LE PATIENT

Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.

Par exemple, les soins devraient être prodigués dans le respect de votre dignité et de votre vie privée. Vous devriez pouvoir trouver des soins respectant vos besoins religieux, culturels et linguistiques et votre situation particulière.

ÉQUITABLE

La qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est et où l'on vit.

Par exemple, si vous ne parlez pas l'anglais ou le français, vous aurez peut-être de la difficulté à vous renseigner sur les services de santé qu'il vous faut et à obtenir ces services. Il en va de même pour les personnes qui sont défavorisées ou moins instruites ou qui habitent dans de petites collectivités ou des régions éloignées. Une aide supplémentaire est parfois nécessaire pour s'assurer que chacun reçoit les soins dont il a besoin.

EFFICIENT

On devrait constamment chercher des moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé.

Par exemple, afin de vous éviter d'avoir à répéter des examens ou à attendre que les rapports soient acheminés d'un médecin à l'autre, tous vos médecins devraient avoir accès aux renseignements sur votre santé au moyen d'un système informatique sécurisé.

ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

Le système de soins de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens.

Par exemple, en vieillissant, les problèmes de santé se font plus nombreux. Il faudra donc plus d'appareils, de médecins, de personnel infirmier et d'autres intervenants spécialisés pour fournir des soins de bonne qualité. Un système de santé de grande qualité se doit d'être planifié et préparé en conséquence.

INTÉGRÉ

Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité.

Par exemple, si vous avez besoin d'une intervention chirurgicale importante, vos soins devraient être organisés de manière à ce que vous passiez en toute quiétude de l'hôpital à la réadaptation et aux soins dont vous aurez besoin après votre retour à votre domicile.

CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.

Nous pensons que ces attributs constituent le cadre le plus adéquat et le plus compréhensible pour nous aider à rendre compte au public de la santé en Ontario et nous espérons que les autres organisations – notamment le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les RLIS et les autres fournisseurs de services de santé – les utiliseront au moment de rédiger leur rapport pour les Ontariens.



3



QUEL EST LE RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC DE L'ONTARIO?



3.1 ACCESSIBLE

« On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur. »

Pour mesurer le rendement de l'Ontario sur l'accessibilité des soins, nous avons observé l'accès à trois grands types de soins sur lesquels la province a travaillé, à savoir :

- les services d'un médecin de famille;
- les cinq services désignés dans la Stratégie de réduction des temps d'attente;
- la télémédecine.

L'amélioration de l'accès aux services de santé est une priorité en Ontario et dans l'ensemble du Canada, ce qui n'est guère étonnant – en sillonnant la province, nous avons appris que la principale préoccupation des Ontariens est de pouvoir recevoir les soins dont ils ont besoin au moment opportun. Pour beaucoup, l'accès aux soins sous-entend d'avoir un médecin de famille régulier, qui connaît vos antécédents médicaux et peut travailler avec vous à la coordination des soins dont vous avez besoin. Avoir un

médecin de famille est particulièrement important pour les malades chroniques, qui nécessitent des soins continus, éventuellement de différentes sources. Un médecin de famille régulier fait partie des bons soins primaires parce qu'il essaie de prévenir la maladie et s'occupe des malades¹. Le gouvernement de l'Ontario travaille à faciliter l'accès à un médecin de famille régulier. Afin d'encourager les médecins de famille à changer leur manière de s'organiser, le gouvernement leur propose des incitations financières pour qu'ils travaillent au sein des équipes Santé familiale avec des infirmières, des infirmières praticiennes et d'autres professionnels de la santé. L'objectif du ministère est de mettre en place 150 équipes Santé familiale d'ici le début de 2008. En novembre 2006, 76 équipes étaient sur pied et 74 autres étaient approuvées. À ce jour, plus de 1,4 million de patients ontariens sont inscrits auprès de ces équipes². Nous savons que ces résultats font l'objet d'une évaluation pour appuyer les prochaines phases de la mise en oeuvre.

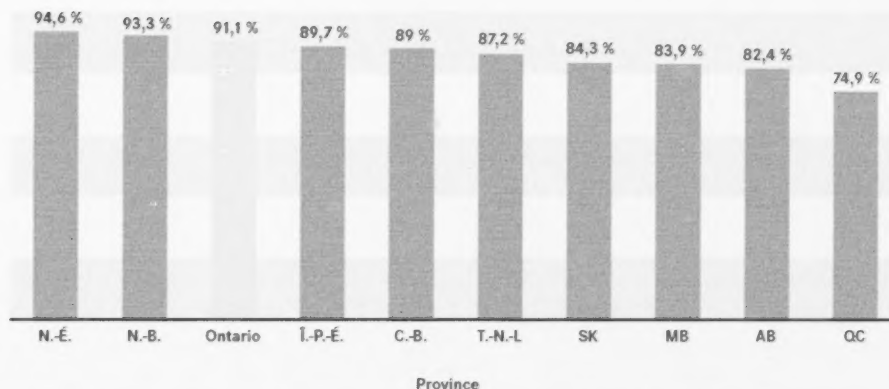
L'accès aux soins concerne également la possibilité de recevoir des services spécialisés – des interventions chirurgicales et des diagnostics complexes aux consultations de médecins spécialistes – en temps opportun et avec efficience. Les sondages d'opinion en Ontario et dans tout le Canada

L'union fait la force. À North Bay, l'Équipe Santé familiale Blue Sky, avec 16 médecins, une diététiste, un travailleur social, une infirmière autorisée et une infirmière praticienne, est prête à intervenir 363 jours par an. « Ces trois dernières années, le fait de travailler en équipe nous a permis de traiter 3 000 patients supplémentaires sans devoir ajouter d'autres fournisseurs », affirme la D^{re} Wendy Graham, médecin-chef de l'Équipe. L'Équipe assurera également la prise en charge de 22 800 patients souffrant d'une maladie chronique comme le diabète, l'obésité, l'hypercholestérolémie ou une maladie pulmonaire.

¹ Starfield B. (1994) « Is primary care essential? » *Lancet*, 344 : 1129-33.

² Division des soins primaires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 3 janvier 2007.

**Proportion de la population canadienne (âgée de 12 ans et plus)
déclarant avoir un médecin régulier, par province, 2005**



Source : rapport sur les indicateurs de la santé, Statistique Canada, 2005. Données dérivées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 3.1, 2005) (Statistique Canada).

indiquent constamment que la réduction des temps d'attente pour les services de santé devrait être une priorité absolue pour le gouvernement. Un récent sondage Ipsos-Reid/AMC a révélé que les Canadiens estimaient que les temps d'attente garantis devaient être la plus grande priorité du gouvernement fédéral¹. En 2003, par l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements se sont engagés à réduire les temps d'attente pour les services spécialisés dans cinq domaines prioritaires : chirurgie du cancer, chirurgie cardiaque, chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou et examens par IRM et tomomodensitométrie. L'Ontario a annoncé le lancement de sa Stratégie de réduction des temps d'attente à la fin de 2004.

Certains problèmes d'accès aux soins sont d'ordre géographique – les personnes résidant dans les régions éloignées ont souvent des difficultés pour recevoir les soins dont elles ont besoin. La télémédecine, qui utilise la vidéoconférence et d'autres technologies pour permettre aux patients de consulter des médecins à des centaines de kilomètres de distance, épargne beaucoup de déplacements à de nombreux patients. Il existe 359 centres de télémédecine répartis dans plus de 190 collectivités de l'Ontario. Beaucoup de ces centres sont situés dans les régions rurales et éloignées et tous sont gérés par le Ontario Telemedicine Network². Les Autochtones, les collectivités insuffisamment desservies et les communautés francophones doivent beaucoup à la télémédecine, qui permet également aux professionnels de la santé de suivre des formations ou d'acquérir de nouvelles compétences à distance.

3.1.1 Accès à un médecin de famille

ACCÈS AUX SOINS DANS LES RÉGIONS

L'accès à un médecin de famille suscite des inquiétudes dans tout le pays. En 2005, une enquête nationale a montré que 91,1 pour cent de la population ontarienne déclarait avoir un médecin régulier, un taux plus élevé que dans beaucoup de provinces mais plus faible qu'en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick.

En 2006, l'Ontario a lancé l'enquête ontarienne sur l'accès aux soins primaires qui suivra l'évolution des renseignements sur l'accès aux soins et aidera à établir si celui-ci s'améliore.

D'après le cycle 2006 de l'enquête ontarienne sur l'accès aux soins primaires, 91,6 pour cent des Ontariens de 18 ans et plus déclarent avoir un médecin de famille régulier mais il existe certains écarts en la matière selon la région où ils vivent – ce taux va de 88,5 pour cent à Ottawa et dans l'Est de l'Ontario (région du RLISS de Champlain) à 94,9 pour cent dans le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Nous n'avons pas suffisamment de renseignements pour savoir si certaines collectivités dans chacune des régions ont plus de difficultés que d'autres en ce qui concerne les médecins disponibles. Depuis 2003, un demi-million de personnes supplémentaires ont déclaré avoir un médecin régulier³, ce qui signifie que nous suivons le rythme de la croissance démographique. Il s'agit d'une bonne nouvelle mais il reste du chemin à parcourir pour que l'ensemble des Ontariens qui le souhaitent aient un accès adéquat à un médecin de famille.

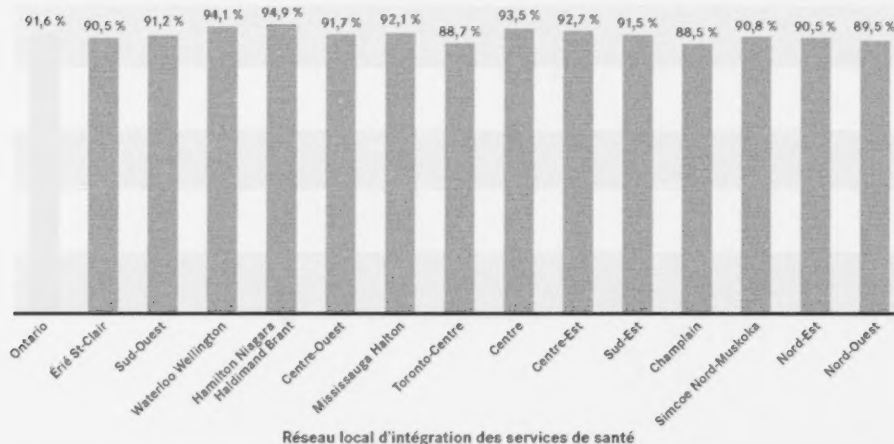
¹ Communiqué de presse d'Ipsos Reid. « Canadians Agree That a Patient Wait Time Guarantee Is The Most Important Priority for Canada's New Government », 29 novembre 2006. Trouvé à : <http://www.ipsos-na.com/news/pressrelease.cfm?id=3287>. Consulté le 14 décembre 2006.

² Ontario Telemedicine Network - Statistical Report, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 15 octobre 2006.

³ Ces données se fondent sur l'accès autodéclaré à n'importe quel type de « médecin régulier », y compris les médecins de famille ou les spécialistes.

⁴ Ce chiffre a été calculé dans la fourchette de la différence entre les résultats de 2003 pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et les résultats de 2006 pour les trois premières vagues de l'enquête ontarienne sur l'accès aux soins primaires. Des analyses adéquates ont été utilisées afin de permettre la comparaison des deux ensembles de résultats.

Proportion de la population ontarienne (âgée de 18 ans et plus) déclarant avoir un médecin régulier, par réseau local d'intégration des services de santé, 2006



Source : enquête sur l'accès aux soins primaires (séries 1, 2 et 3), ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006.

ACCÈS DES MALADES CHRONIQUES À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Il est important pour les personnes souffrant d'une maladie chronique comme le diabète, l'arthrite, l'hypertension artérielle, une cardiopathie ou un cancer d'avoir un médecin de famille régulier parce qu'elles ont besoin de quelqu'un pour surveiller leurs progrès, gérer leur santé en général et les aider à obtenir les services appropriés auprès de spécialistes lorsqu'elles en ont besoin. En 2006, 96,2 pour cent des personnes souffrant d'au moins une maladie chronique avaient un médecin de famille régulier et ce taux était de 97,3 pour cent chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques⁷. Le taux élevé de malades chroniques ayant un médecin de famille montre que ces médecins jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces maladies.



3.1.2 Accès à des soins spécialisés

Face à l'inquiétude du public à l'égard des listes d'attente pour les services spécialisés, l'Ontario, les autres provinces et les territoires ainsi que le gouvernement fédéral ont signé en septembre 2004 un plan décennal visant à renforcer les soins de santé; ce plan prévoit notamment le versement de 5,5 milliards de dollars par le gouvernement fédéral afin d'accélérer les efforts visant à réduire les temps d'attente pour la chirurgie cardiaque, la chirurgie du cancer, les arthroplasties, les examens par IRM et tomodensitométrie ainsi que la chirurgie de la cataracte. Comme les autres provinces, l'Ontario a dû choisir des mesures pour évaluer ses services dans ces domaines et définir des objectifs pour la réduction des temps d'attente.

Le document intitulé *Access to Health Services in Ontario*⁸, publié par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), recommandait que la mesure de l'accès aux soins spécialisés comprenne une vérification des taux (généralement exprimés pour 100 000 habitants) auxquels les services sont fournis, de la durée d'attente pour ces services et de leur caractère adapté, établi en fonction des problèmes rencontrés et des résultats obtenus. Il est assez facile de compter le nombre de patients qui reçoivent des services mais il est plus difficile de juger si ces patients ont attendu trop longtemps ou si le service leur a été bénéfique.

La Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario vise à réduire les temps d'attente en augmentant les taux d'interventions chirurgicales et en améliorant la gestion des temps d'attente. L'IRSS a utilisé les données de facturation

⁷ Enquête sur l'accès aux soins primaires (phases 1, 2 et 3), ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006.

⁸ Tu JV, Pinfold SP, McColgan P et Laupacis A. « Access to Health Services in Ontario » – Institut de recherche en services de santé, avril 2005.



des médecins et les renseignements sur les patients hospitalisés pour calculer les taux d'utilisation de ces services pour 100 000 habitants pour l'année précédant le lancement de la Stratégie de réduction des temps d'attente (exercice 2003-2004) et pour l'année suivant sa mise en place (2005-2006). Les données montrent relativement peu de changements dans les taux pour certaines chirurgies du cancer, ce qui est logique puisque, pour de nombreux cancers, le problème consiste non pas à savoir si le nombre d'interventions est suffisant mais combien de temps les patients ont dû attendre pour être opérés. L'augmentation du nombre de prostatectomies radicales résulte probablement d'une étude qui a montré que cette intervention pouvait empêcher la réapparition du cancer⁹. Un dépistage précoce du cancer du col de l'utérus grâce au test de Papanicolaou (voir la section 3.9.3) et la prévention de ce type de cancer grâce à la vaccination contre le VPH (virus du papillome humain) peuvent diminuer le nombre de femmes qui devront subir une hystérectomie. Comme le pontage et l'angioplastie coronarienne débouchent tous deux les artères coronaires,

la hausse du nombre d'angioplasties compense la baisse du nombre de pontages; globalement, le nombre d'interventions pour traiter les blocages cardiaques a augmenté. Les plus fortes augmentations concernent l'arthroplastie de la hanche et du genou, la chirurgie de la cataracte et les examens diagnostiques utilisant la haute technologie.

En ce qui concerne les temps d'attente pour un service spécialisé, la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario a permis de suivre l'évolution des temps d'attente depuis le moment où un spécialiste demande l'examen ou l'intervention chirurgicale jusqu'au moment de sa réalisation. Nous souhaiterions mesurer le temps d'attente à partir du moment où le patient est aiguillé pour la première fois vers un spécialiste par son médecin de famille mais, malheureusement, ce n'est pas encore possible en Ontario. Le suivi est un élément essentiel pour pouvoir travailler à la réduction des temps d'attente. Dans la partie 4.4, nous détaillons tous les éléments nécessaires pour aboutir à une amélioration.

On parle souvent de temps d'attente moyen pour les services mais cette appellation peut être trompeuse car un petit nombre de temps d'attente extrêmement longs peut faire paraître la situation générale pire qu'elle ne l'est en réalité. Le temps d'attente médian, période par rapport à laquelle la moitié des patients attend moins longtemps et où l'autre

Taux de fourniture d'une sélection de services médicaux en Ontario

(pour 100 000 habitants)¹⁰

Service	Taux pour 100 000 habitants		Variation du taux en pourcentage
	2003-2004	2005-2006	
Hystérectomie - cas de cancer	62	60	-3,2
Mastectomie - cas de cancer	91	98	+7,7
Prostatectomie radicale - cas de cancer	99	123	+24,2
Résection du gros intestin - cas de cancer	111	108	-2,7
Angiocardigraphie	519	572	+10,2
Angioplastie coronarienne	166	194	+16,8
Pontage de l'artère coronaire	85	79	-7,1
Revascularisation cardiaque	251	273	+8,7
Chirurgie de la cataracte	1 115	1 352	+21,3
Arthroplastie de la hanche	107	127	+18,7
Arthroplastie du genou	141	201	+42,5
Examen par IRM	1 666	2 487	+49,3
Examen par tomodensitométrie	8 293	10 317	+24,4

Source : Institut de recherche en services de santé - Evidence guiding health care.

⁹ Holmberg J, Bill-Axelsson A, Helgesen F, Salo JO, Folmerz R, Haggman M et coll. (2002) « A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer », *New England Journal of Medicine*; 347 : 781-9.

¹⁰ Les taux de mastectomie et d'hystérectomie concernent les femmes de 40 ans et plus, les taux de prostatectomie radicale concernent les hommes de 40 ans et plus, les taux de résection du gros intestin concernent les personnes de 40 ans et plus, les taux de chirurgie cardiaque et d'arthroplastie de la hanche et du genou concernent les personnes de 20 ans et plus et les taux d'examen concernent tous les groupes d'âge.

90^e percentile du temps d'attente en Ontario, d'août-septembre 2005 à octobre-novembre 2006¹¹

Intervention	90 ^e percentile réel du temps d'attente (jours)		Variation	
	août-sept. 2005	oct.-nov. 2006	jours	%
Chirurgie du cancer	81	78	-3	-3,7
Coronarographie	56	26	-30	-53,6
Angioplastie coronaire	28	20	-8	-28,6
Pontage coronarien	49	47	-2	-4,1
Arthroplastie totale de la hanche	351	278	-73	-20,8
Arthroplastie totale du genou	440	357	-83	-18,9
Chirurgie de la cataracte	311	209	-102	-32,8
Examen par IRM	120	113	-7	-5,8
Examen par tomodensitométrie	81	70	-11	-13,6

Source : Bureau d'information sur les temps d'attente, 2006, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

moitié attend plus longtemps, est également utilisé. Dans notre rapport, nous utilisons le « 90^e percentile du temps d'attente », qui est la durée pendant laquelle 90 pour cent des patients ont attendu moins longtemps et 10 pour cent plus longtemps. Le 90^e percentile nous indique le temps d'attente maximal pour la majorité des patients, puisqu'il y aura toujours des patients qui attendront plus longtemps pour des raisons sans rapport avec le système de santé, comme d'autres complications d'ordre médical qui doivent être maîtrisées avant que l'intervention puisse être pratiquée.

En utilisant les mois d'août et de septembre 2005 comme base de référence, les données les plus récentes (octobre et novembre 2006) montrent que le 90^e percentile du temps d'attente a baissé pour les neuf services visés dans la Stratégie de réduction des temps d'attente. Les plus fortes baisses ont concerné les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte et les arthroplasties, avec une diminution d'environ trois mois par rapport aux durées de référence.

Des objectifs ont été fixés dans tout le pays pour le temps d'attente maximal d'un patient entre le moment où un traitement est choisi et le moment où celui-ci est réalisé, en fonction de son urgence. Par exemple, si l'objectif pour une chirurgie de la cataracte est de 182 jours pour des cas non urgents (priorité 4), les cas extrêmement urgents (priorité 1) doivent être opérés immédiatement. Entre ces deux extrêmes, l'objectif est de 84 jours pour les cas de priorité 3 et de 42 jours pour ceux de priorité 2.

L'Ontario a fixé des objectifs identiques ou plus courts que les objectifs canadiens pour la plupart de ces interventions¹² mais, comme la déclaration des temps d'attente ne distingue pas les temps d'attente par niveau de priorité, il est difficile de dire quels sont nos résultats par rapport aux autres parties du pays. Un système plus détaillé de mesure des temps d'attente est en cours d'élaboration, ce qui permettra de suivre les temps d'attente pour toutes les interventions chirurgicales, de trier les cas selon leur niveau de priorité et d'aider à gérer les patients dans la file d'attente. À la fin du mois de novembre 2006, le nouveau système a collecté des données sur les temps d'attente pour des dossiers clos dans 52 hôpitaux, qui représentent plus de 90 pour cent des cas couverts par la Stratégie de réduction des temps d'attente.

Les experts chargés de fournir des conseils sur la stratégie en matière de temps d'attente affirment que la province doit adopter des lignes directrices sur les utilisateurs qui bénéficieront de certains services. Certaines données scientifiques peuvent nous indiquer le moment où les examens ou les interventions sont nécessaires, y compris quelle doit être la gravité des symptômes pour qu'un patient soit inscrit sur la liste d'attente pour une intervention chirurgicale. D'après une évaluation canadienne sur les interventions chirurgicales non urgentes, la chirurgie de la cataracte est souvent pratiquée sur des patients présentant des symptômes et une incapacité mineurs¹³ et les experts chargés de fournir des conseils sur l'arthroplastie de la hanche et du genou ont suggéré que cette constatation s'appliquait également aux remplacements

¹¹ Les temps d'attente pour les arthroplasties, la chirurgie du cancer et la chirurgie de la cataracte sont mesurés à partir de la date à laquelle les examens sont réalisés, les diagnostics discutés avec le patient et l'intervention décidée par le chirurgien et acceptée par le patient. Les temps d'attente pour la chirurgie cardiaque sont mesurés à partir de la date à laquelle un cardiologue ou un chirurgien cardiologue accepte un patient pour une angiographie, une angioplastie ou un pontage coronarien. Les temps d'attente n'incluent pas le temps consacré à l'étude de la cardiopathie avant que le patient ne soit accepté pour une intervention. Par exemple, le temps qu'un patient attend pour subir un cathétérisme cardiaque avant d'être aiguillé vers un chirurgien cardiologue n'est pas pris en compte dans le temps d'attente indiqué pour la chirurgie cardiaque (Bureau d'information sur les temps d'attente, 2005). Les patients qui ne résidaient pas en Ontario au moment du diagnostic, les patients d'âge ou de lieu de résidence inconnus et les personnes seulement diagnostiquées au moment de leur décès ou après ne sont pas pris en compte.

¹² « Le gouvernement McQuinty améliore les objectifs en matière de temps d'attente », ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 16 décembre 2005. Trouvé à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_05f/nr_121605f.html. Consulté en octobre 2006.

¹³ Wright C, Chambers GK et Roben-Paradise Y. (2002) « Evaluation of Indications for and Outcomes of Elective Surgery », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167(5).

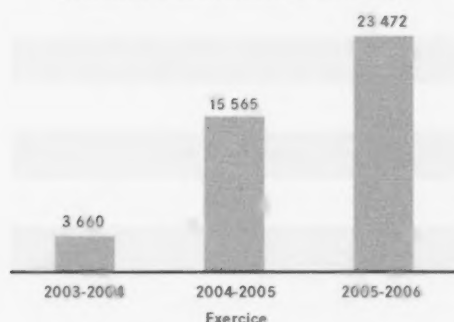
d'articulations. Pour ces patients, le risque couru lors d'une intervention peut surpasser les avantages éventuels. « L'importance de définir des objectifs de pertinence pour le remplacement des articulations deviendra plus évidente lorsque l'arrière de patients ayant besoin de telles interventions aura été réduit¹⁴ ». S'il est certainement important de réduire les temps d'attente pour les interventions qui amélioreront la santé des patients, leur réduction ne présente aucun avantage pour les interventions qui ne sont au départ ni nécessaires ni appropriées pour le patient.

Les dossiers médicaux électroniques constitueraient un outil inestimable pour l'amélioration continue des soins chirurgicaux et diagnostiques. Ils nous permettraient de mesurer le temps d'attente total des patients, à partir de leur première visite chez leur médecin de famille. Ils nous aideraient également à évaluer la manière dont ces soins sont dispensés – leur efficacité et leur sûreté, ainsi que la facilité avec laquelle le patient passe d'une étape à une autre.

3.1.3 Amélioration de l'accès grâce à la télémedecine

En Ontario, le mélange de zones urbaines denses et de zones rurales et de régions éloignées vastes et peu peuplées exige différentes approches à l'égard de la fourniture des soins. La télémedecine est un élément essentiel pour fournir des services dans de nombreuses parties de la province. La télémedecine – l'utilisation novatrice de la vidéoconférence et d'autres technologies pour permettre à des patients de recevoir des soins médicaux indisponibles près de chez eux – est différente d'un service téléphonique sans frais comme Télésanté Ontario, où vous communiquez avec une infirmière autorisée pour obtenir un conseil sanitaire ou un renseignement général sur la santé.

Utilisation de la télémedecine pour les consultations des patients dans tout l'Ontario, entre 2003-2004 et 2005-2006 (Nombre d'événements cliniques)



Source : dossiers administratifs, 2003-2006, Ontario Telemedicine Network, 2006.

Le Ontario Telemedicine Network propose des services dans 359 centres de télémedecine répartis dans plus de 190 collectivités de l'Ontario. Beaucoup de ces centres sont situés dans des régions éloignées et rurales¹⁵. La télémedecine contribue également au perfectionnement, au transfert de compétences, à l'embauche et au maintien en poste des professionnels de la santé. Elle constitue un moyen très rentable de fournir des soins, surtout au vu de la pénurie de spécialistes dans la province. L'accès à des spécialistes et à des soins qui ne seraient pas disponibles autrement est plus rapide et les médecins et les patients doivent effectuer de moins nombreux déplacements, ce qui représente des économies financières et augmente le nombre de patients desservis.

La demande en services de télémedecine est en augmentation en Ontario. Selon des prévisions, en 2006-2007, le nombre de centres de télémedecine passera à 400 et le nombre de patients desservis sera de près de 40 000.

3.2 EFFICACE

« On devrait pouvoir obtenir des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles. »

L'utilité des soins que reçoivent les patients devrait être prouvée scientifiquement; les patients ne devraient pas recevoir de services qui ne sont pas susceptibles de leur être bénéfiques. Un système de santé très performant génère des recherches sur les meilleurs moyens de fournir des soins et encourage l'utilisation de ces recherches pour aider les fournisseurs de soins à utiliser les meilleures pratiques connues. Comme le montre la section 4.2, on trouve dans le monde de nombreux exemples de la manière dont un système de santé peut se transformer et devenir très performant. La fourniture de soins de grande qualité requiert une refonte du système de santé et un engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

Les lignes directrices de pratique clinique sont généralement utilisées pour aider les fournisseurs de soins à traiter adéquatement les patients. Cependant, de nombreux obstacles empêchent de les utiliser systématiquement dans la pratique. Dans la partie 4.3, nous expliquons comment les pratiques de soins de santé peuvent être améliorées en traduisant les résultats de la recherche en lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en analysant les différences entre les soins fournis et en coordonnant des stratégies pour augmenter l'utilisation adéquate de ces lignes directrices. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ontario Medical Association sont partenaires au sein du Comité consultatif des guides de pratique clinique, qui encourage les médecins et les autres praticiens à utiliser des lignes directrices fondées sur des preuves. D'autres lignes directrices sont élaborées pour le système ontarien de prévention des accidents vasculaires

¹⁴ Gross A. « Report of the Total Hip and Knee Joint Replacement Expert Panel - Expert Panel Chair », septembre 2005.

¹⁵ Ontario Telemedicine Network - Statistical Report, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 15 octobre 2006.

Le système ontarien de prévention des accidents vasculaires cérébraux vise à réduire le nombre d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) en Ontario et à améliorer les soins fournis aux personnes qui en sont victimes. Ce système a permis une amélioration de la planification et de la coordination des soins aux victimes d'AVC en Ontario, ainsi que la promotion des soins fondés sur des preuves, de la télémédecine et une campagne de sensibilisation du public (avec la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario) sur les signes avant-coureurs d'un AVC. Les résultats sont une amélioration du diagnostic et du traitement urgent des AVC, une augmentation du nombre de patients recevant des soins spécialisés dans les centres de traitement des AVC et une diminution de la durée des hospitalisations. Un traitement efficace des AVC est un mélange de soins généraux et spécialisés, de services de réadaptation et de services en établissement et de soutien. Pour mettre en place ce genre de structure en Ontario, le système de prévention des accidents vasculaires cérébraux a créé des réseaux entre tous ces éléments. Grâce à cette approche intégrée, les organismes travaillent ensemble pour planifier et mettre en œuvre les changements. Des centres régionaux et de district de traitement des AVC, des cliniques de prévention des AVC et des services de télémédecine pour les victimes d'AVC améliorent l'accès des patients de la province à des traitements urgents des AVC et à des médecins spécialistes. Il existe également un programme provincial d'évaluation coordonné par la Stratégie canadienne de l'AVC qui surveille le bon fonctionnement des soins aux victimes d'AVC – et, en effet, on constate des améliorations concrètes dans le type et la qualité des soins dispensés en Ontario, particulièrement dans les premiers jours décisifs qui suivent un AVC. En fait, le système de prévention des accidents vasculaires cérébraux est une telle réussite qu'il sert de modèle pour l'élaboration d'une Stratégie canadienne de l'AVC, le but étant de mettre en place une stratégie de lutte contre cette affection dans chaque province d'ici 2010.

cérébraux et Action Cancer Ontario et par des organisations professionnelles à l'intention de leurs membres (comme le personnel infirmier et les technologues).

Les lignes directrices doivent se fonder sur les conclusions de la recherche et sur l'expertise clinique et leurs résultats devraient être surveillés pour établir si elles sont effectivement utilisées. Les organismes et les fournisseurs de soins de santé peuvent profiter d'une aide sur la manière d'utiliser au mieux les lignes directrices dans les soins quotidiens aux patients. Les mesures de la qualité fondées sur les lignes directrices sont un moyen évident de mesurer l'efficacité des efforts visant à améliorer la qualité des soins. Par exemple, si nous savons qu'un médicament spécifique améliore les chances de survie après une crise cardiaque, les stratégies visant à augmenter son utilisation devraient donc augmenter le nombre de personnes survivant à une crise cardiaque. Cependant, il est important de se rappeler que les soins de santé ont leurs limites. Les pratiques exemplaires peuvent améliorer la survie pour certains cancers mais pas pour d'autres. Même s'ils reçoivent les meilleurs soins, certains patients décéderont d'une crise cardiaque ou souffriront d'une invalidité permanente après un AVC.

3.2.1 Fourniture des soins recommandés pour les maladies chroniques

Les maladies chroniques sont les causes les plus fréquentes d'invalidité et de décès prématurés en Ontario. Ces maladies, comme le diabète, les cardiopathies et le cancer, sont également un moyen de mesurer si nous fournissons des soins de bonne qualité parce que nombreux sont les

traitements qui font une grande différence dans leur cours. Lorsque les patients ne reçoivent pas ces traitements bien connus, ils sont beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés ou de souffrir de graves complications. Nous avons choisi quatre ensembles de mesures pour établir avec quelle efficacité le système de santé gère une maladie chronique et ses conséquences :

- fourniture des soins recommandés pour les maladies chroniques;
- survie après une crise cardiaque, un AVC et certains cancers;
- réadmission à l'hôpital après un traitement en milieu hospitalier pour une crise cardiaque, de l'asthme ou une maladie mentale;
- récupération des capacités après un AVC.

Les données utilisées pour évaluer les soins pour les maladies chroniques proviennent de deux sources – les données de facturation et les dossiers médicaux papier des patients. Les dossiers papier des hôpitaux contiennent des détails sur la maladie des patients et sur les services fournis et les dossiers des bureaux des fournisseurs de soins proposent des renseignements supplémentaires importants. L'examen des dossiers papier est très coûteux – raison de plus pour laquelle nous avons besoin de dossiers électroniques normalisés pour tous les patients.

Les maladies chroniques sont très fréquentes et il existe beaucoup de données sur la meilleure manière d'améliorer les résultats pour les personnes qui en souffrent. Les lignes



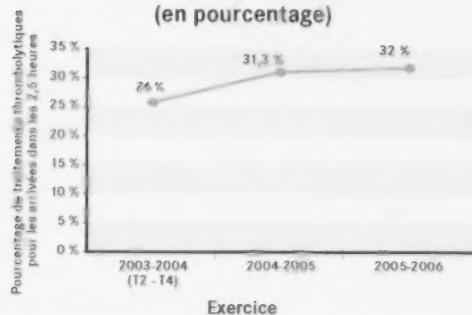
directrices fondées sur des preuves visent à aider les fournisseurs de soins à améliorer la qualité et les résultats de leurs soins pour ces maladies. Le Comité consultatif des guides de pratique clinique, une initiative conjointe du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de l'Ontario Medical Association, propose une série de lignes directrices pour différents éléments du traitement du diabète à l'usage des médecins de famille. Selon l'une des recommandations, tous les patients ayant nouvellement reçu un diagnostic de diabète de type deux (ou diabète de l'adulte) devraient passer un examen ophtalmologique auprès d'un spécialiste¹⁶ parce que, si le diabète peut entraîner la cécité, celle-ci peut être évitée avec des soins adéquats¹⁷. En 2004-2005, seulement 45 pour cent des patients âgés de 30 ans ou plus ayant nouvellement reçu un diagnostic de diabète ont subi un examen ophtalmologique dans l'année. Dans la province, ce taux oscille entre un peu plus de 40 pour cent et plus de 50 pour cent dans le Nord-Ouest de l'Ontario – là où se trouve la Clinique ophtalmologique mobile de l'Institut national canadien

pour les aveugles (INCA) pour l'Ontario. Lancé en 1972 par l'INCA, ce service permet aux habitants des collectivités éloignées de bénéficier d'un dépistage des troubles de la vue. Les soins ophtalmologiques ne sont que l'un des éléments dont les patients diabétiques ont besoin et d'autres aspects du traitement des diabétiques doivent probablement être améliorés. Nous devons pouvoir évaluer systématiquement si les diabétiques reçoivent tous les soins recommandés dont ils ont besoin pour prévenir d'autres complications liées à leur maladie, y compris les cardiopathies et les néphropathies. Les dossiers médicaux électroniques nous permettraient de le faire et les systèmes d'aide à la décision dans les cabinets médicaux pourraient aider les médecins à appliquer plus facilement ces lignes directrices.

Le système ontarien de prévention des accidents vasculaires cérébraux a été créé pour améliorer le traitement des AVC dans toute la province. Ses responsables publient un rapport de rendement trimestriel qui mesure les soins actifs reçus par les victimes d'un AVC dans neuf centres régionaux et deux centres de district de traitement des AVC, qui accueillent environ 20 pour cent de l'ensemble des victimes d'un AVC en Ontario. L'un des traitements mesurés est le pourcentage de victimes d'un AVC arrivant dans un centre dans les deux heures et demie suivant l'accident et recevant un traitement thrombolytique, qui dissout les caillots dans le sang pour amener l'oxygène au cerveau¹⁸.

Aucun objectif officiel n'a été défini en ce qui concerne le pourcentage de victimes d'un AVC qui devraient recevoir un traitement thrombolytique mais l'analyse du système ontarien de prévention des accidents vasculaires cérébraux montre le rendement des centres régionaux et des centres de district spécialisés, qui administrent le traitement à 32 pour cent des patients admissibles¹⁹, ce qui est largement supérieur aux taux de six et 12 pour cent indiqués dans les revues spécialisées²⁰.

Patients victimes d'un AVC admis dans des centres régionaux et des centres de districts spécialisés de traitement des AVC et qui ont reçu un traitement thrombolytique dans les deux heures et demie suivant l'AVC, de 2003-2004 à 2005-2006 (en pourcentage)



Source : Stroke Performance Indicator Report, système ontarien de prévention des accidents vasculaires cérébraux, 2006¹⁹.

¹⁶ Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (2003) « Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », Canadian Journal of Diabetes 27 (2): 51-52. Trouvé à : <http://www.diabetes.ca/cpg/francais/download.aspx>. Consulté le 27 septembre 2005.

¹⁷ Hux JE, Booth GL, Slaughter PE et Laupacis A. « Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas », Institut de recherche en services de santé, 2003.

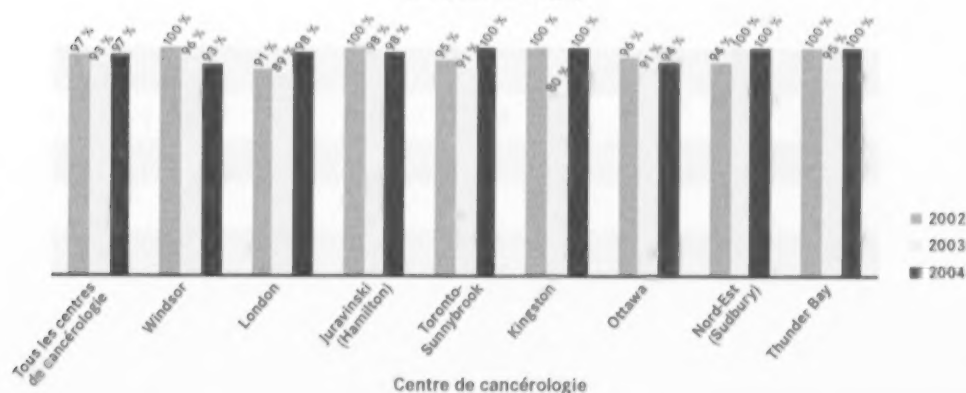
¹⁸ L'indicateur inclut tous les patients victimes d'un AVC de type ischémique qui arrivent à l'hôpital dans les deux heures et demie suivant l'apparition des symptômes.

¹⁹ « Stroke Performance Indicator Report: Care of Acute Stroke Patients at Regional and Enhanced District Stroke Centres – July 2003 to March 2006 », spécialiste du rendement et de l'évaluation, système ontarien de prévention des accidents vasculaires cérébraux, septembre 2006.

²⁰ Un patient admissible est une victime d'un AVC de type ischémique (par opposition à une attaque d'apoplexie hémorragique) qui arrive à l'hôpital dans les deux heures et demie suivant l'apparition des symptômes.

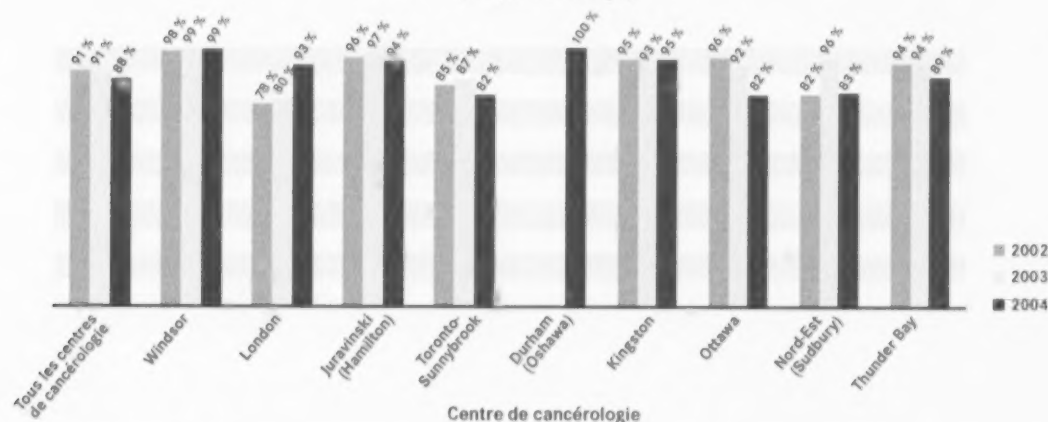
²¹ Albright et coll. (2005) « Tissue Plasminogen Activator Use: Evaluation and Initial Management of Ischemic Stroke from an Iowa Hospital Perspective », Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease; 14(3): 127-135.

Patients chez qui l'on vient de diagnostiquer un cancer du côlon de stade 3 et qui sont traités par une thérapie systémique adjuvante conformément aux lignes directrices de pratique clinique, de 2002 à 2004 (en pourcentage)



Source : Cancer System Quality Index, Action Cancer Ontario, 2006²².

Patientes atteintes d'un cancer du sein de stade 1 ou 2 et traitées par radiothérapie conformément aux lignes directrices de pratique clinique, de 2002 à 2004 (en pourcentage)



Source : Cancer System Quality Index, Action Cancer Ontario, 2006²³.

Action Cancer Ontario utilise le Cancer System Quality Index²⁴ pour surveiller 25 indicateurs essentiels, y compris les taux de nouveaux cas de cancer, le temps d'attente pour une radiothérapie et la satisfaction des patients. Deux des indicateurs qui évaluent la mesure dans laquelle les lignes

directrices sur le traitement sont suivies sont le taux de chimiothérapie (techniquement appelée thérapie systémique adjuvante) pour le cancer du côlon de stade 3 et le pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein de stade 1 ou 2 qui subissent une radiothérapie.

²² Aucune donnée n'était disponible pour l'Hôpital Princess Margaret, le Centre régional de cancérologie Grand River ou le Centre régional de cancérologie McLaughlin Durham. Les résultats n'incluent pas les patients ayant suivi une chimiothérapie ailleurs que dans un centre de cancérologie faisant rapport ou les patients dont le stade de maladie, l'histologie et/ou le régime provincial n'ont pas été consignés. Les résultats n'incluent pas les patients qui auraient dû être traités par chimiothérapie mais ne l'ont pas été.

²³ Seules les régions du sein gauche et droit ont été incluses. Les compléments d'irradiation et les cancers bilatéraux ont été exclus. Les cas de curiethérapie ont également été exclus. Le Centre régional de cancérologie Grand River a été exclu de l'analyse parce qu'aucun code sur la partie du corps n'était disponible. Pas de données disponibles pour l'Hôpital Princess Margaret.

²⁴ Cancer Quality Index 2006, Action Cancer Ontario. Trouvé à : <http://www.cancercare.on.ca/qualityindex2006>. Consulté le 15 décembre 2006.

En 2004 (année la plus récente pour laquelle des données complètes sont disponibles), 97 pour cent des patients atteints d'un cancer du côlon de stade 3 soignés dans les centres régionaux de cancérologie ont reçu le traitement recommandé. Il existait peu de variations d'un centre à l'autre mais, dans quatre centres, 100 pour cent des patients admissibles ont reçu le traitement recommandé. Cependant, seulement environ la moitié des patients de la province atteints d'un cancer colorectal reçoivent les soins d'un centre régional de cancérologie et nous n'avons pas de renseignements nous permettant de savoir si le reste des patients reçoivent des soins conformes aux lignes directrices. C'est là une autre raison pour laquelle les dossiers médicaux électroniques sont nécessaires pour fournir les renseignements requis afin de mesurer la qualité des soins pour l'ensemble des Ontariens.

Contrairement à ce qui se passe pour les victimes d'un cancer colorectal, nous possédons des données sur toutes les femmes de la province atteintes d'un cancer du sein et recevant une radiothérapie. Nous pouvons donc être certains que le rendement pour cette mesure est excellent. En 2004, près de 90 pour cent des patientes admissibles atteintes d'un cancer du sein de stade 1 ou 2 ont été traitées par radiothérapie, conformément aux recommandations²⁵.

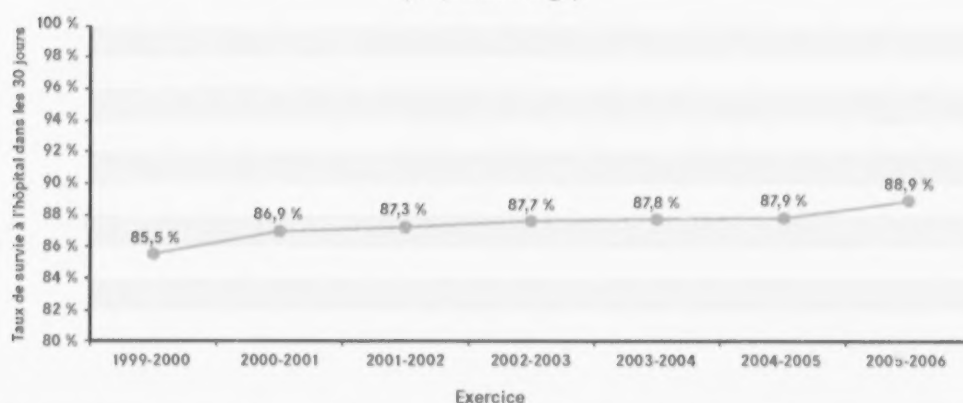
Les lignes directrices de pratique clinique ne sont pas uniquement utilisées dans les hôpitaux. Selon une étude²⁶ récente portant sur 547 foyers de soins de longue durée en Ontario, beaucoup d'établissements utilisent ces lignes directrices. L'élaboration de lignes directrices sur les

pratiques exemplaires et de stratégies visant à amener leur utilisation et la mesure de leur degré d'utilisation sont des éléments essentiels du processus d'amélioration de la qualité. Nous examinerons cette question plus en détail dans la partie 4.3. Les fournisseurs de soins des victimes d'un cancer ou d'un AVC respectent bien ces lignes directrices. Nous avons besoin de données plus précises sur la mesure dans laquelle les autres acteurs de notre système de santé fournissent des soins fondés sur des preuves. Dans le chapitre 5, nous examinons plus attentivement la prise en charge des maladies chroniques. Nous rappelons une fois encore que les dossiers médicaux électroniques sont nécessaires – ils permettent en effet de vérifier facilement si les soins fournis sont conformes aux recommandations sur les pratiques exemplaires.

3.2.2 *Survie après une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral et certains cancers*

Nous avons examiné les taux de survie des patients après une crise cardiaque, un AVC et un cancer car mesurer l'évolution de ces taux peut aider à établir si le système de santé utilise comme il se doit les thérapies de prolongation de vie et les stratégies de traitement. Cependant, il est important de se rappeler que les soins de santé ont leurs limites – les taux de survie ne peuvent être améliorés que lorsque des progrès ont été réalisés dans le traitement.

Taux de survie à 30 jours après une crise cardiaque, normalisé selon l'âge et le sexe, pour 100 patients (20 ans et plus), de 1999-2000 à 2005-2006 (en pourcentage)



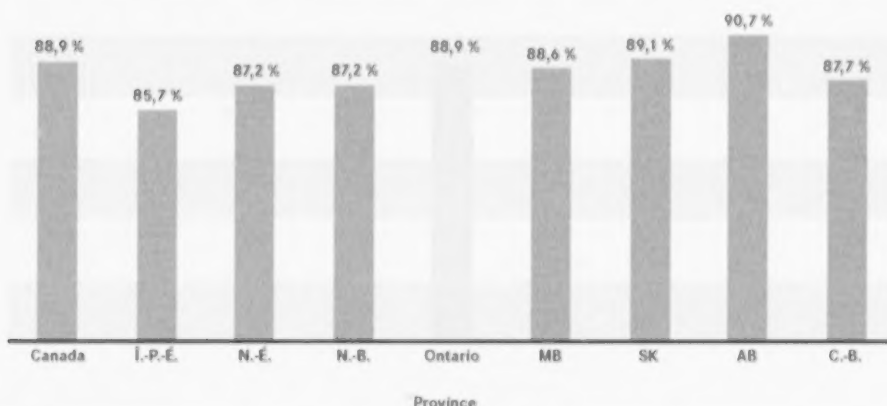
Source : Fiche de résultat du système de santé ontarien, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006. Données dérivées de la Base de données sur les congés des patients (Institut canadien d'information sur la santé), de la Base de données sur les personnes inscrites (Ontario) et du Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada²⁷.

²⁵ « Breast Irradiation In Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer Following Breast Conserving Surgery - Practice Guideline #1-2 », Cancer Care Ontario Program in Evidence-Based Care's Breast Cancer Disease Site Group. Trouvé à : http://www.cancercare.on.ca/index_breastcancerguidelines.htm.

²⁶ Berta W et coll. A - Report on the Use of Clinical Practice Guidelines and Standardized Care Protocols in Long-Term Care Facilities Operating in Ontario », Document de travail, 2006.

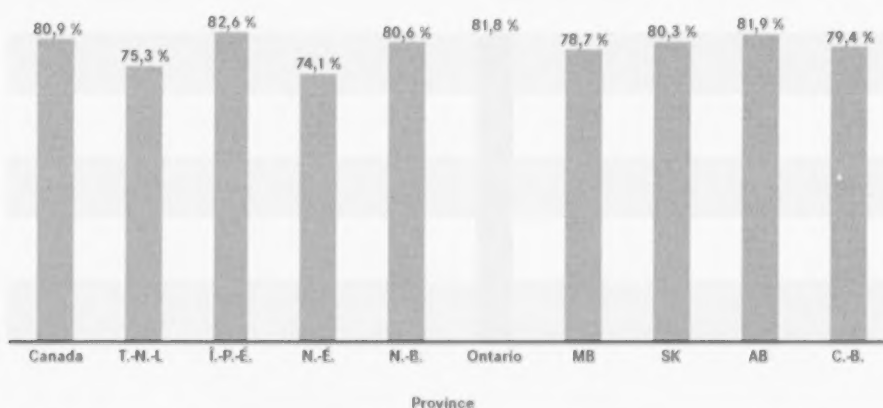
²⁷ Les personnes vivant en dehors de l'Ontario, ne possédant pas un numéro de carte Santé valide ou ayant moins de 20 ans ont été exclues. Les personnes admises pour une crise cardiaque dans l'année précédant la date de l'épisode de référence ou les patients dont le dossier indique qu'une crise cardiaque a été encodée en tant que complication ou qui ont été autorisés à quitter l'hôpital moins de trois jours après leur admission ont été exclus.

Répartition proportionnelle des taux de survie à 30 jours dans les hôpitaux après une crise cardiaque, pour le Canada et diverses provinces, 2003



Source : rapport sur les indicateurs de la santé, Institut canadien d'information sur la santé, 2006. Données dérivées de la Base de données sur la morbidité hospitalière et de la Base de données sur les congés des patients (Institut canadien d'information sur la santé); prévisions démographiques 2004 dérivées des données de la Division de la démographie de Statistique Canada (Statistique Canada) ²⁶.

Taux de survie à 30 jours, ajusté en fonction du risque, après une première admission dans un hôpital de soins actifs avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral, par province, 2003



Source : Stroke Performance Indicator Report, Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux, 2006. Données dérivées de la Base de données sur la morbidité hospitalière et de la Base de données sur les congés des patients (Institut canadien d'information sur la santé) ²⁷.

Dans les hôpitaux de soins actifs de l'Ontario, le pourcentage de victimes d'une crise cardiaque qui survivent 30 jours après leur admission (ce qui est considéré comme une importante mesure de l'efficacité des soins) a augmenté pour passer de 85,5 pour cent en 1999-2000 à 88,9 pour cent en 2005-2006. Les taux de survie à une crise cardiaque sont également surveillés pour les indicateurs de la santé de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada. Ces rapports utilisent une approche légèrement différente mais, en 2003, ils ont montré que le taux de survie à 30 jours en

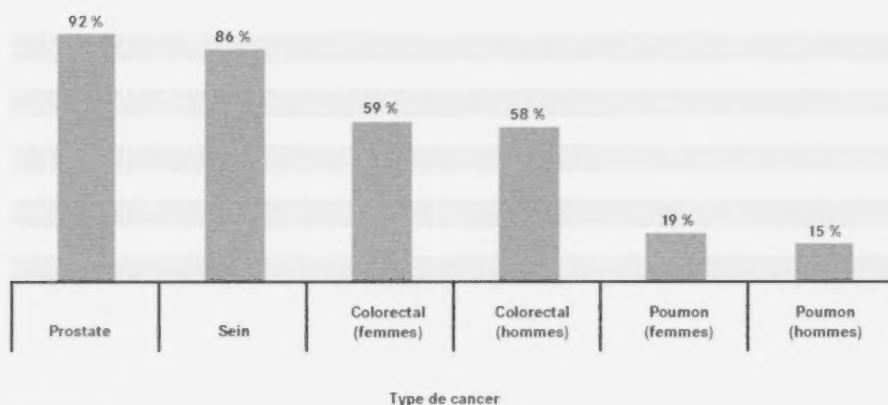
Ontario était égal à la moyenne canadienne. L'Alberta affichait le taux de survie le plus élevé, avec près de deux points de plus que l'Ontario, ce qui laisse supposer que nous pourrions encore améliorer nos résultats dans ce domaine.

Les indicateurs de la santé de l'Institut canadien d'information sur la santé/Statistique Canada montrent également le taux de survie à un AVC. Ils montrent qu'en 2003, le taux de survie à 30 jours affiché par l'Ontario était supérieur à la moyenne canadienne – et légèrement inférieur aux taux enregistrés en Alberta et dans l'Île-du-Prince-Édouard.

²⁶ Les taux sont fondés sur trois années de données totalisées et l'année de référence reflète la valeur médiane pour la période de trois ans. Pas de données disponibles pour Terre-Neuve-et-Labrador ou pour le Québec.

²⁷ Les taux se fondent sur trois années de données totalisées et l'année de référence reflète la valeur médiane pour la période de trois ans.

**Taux de survie relative à cinq ans, cas diagnostiqués en Ontario,
pour les cancers les plus fréquents, de 1996 à 1998**

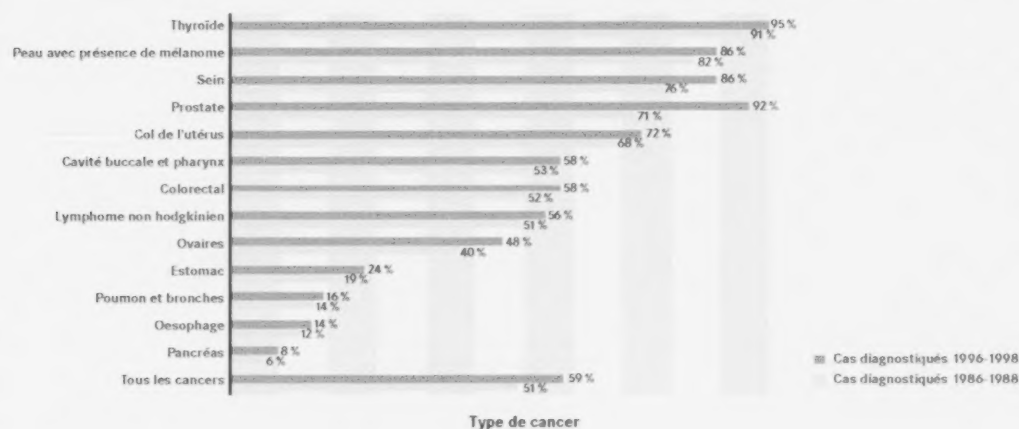


Source: Cancer System Quality Index, Cancer Care Ontario, 2006³⁰.

Le taux de survie à un AVC a oscillé entre 82,6 pour cent en 1997-1998 et 83,4 pour cent ces deux dernières années. D'après les conclusions de la vérification, les taux de survie de 2002-2003 ont montré que les patients soignés dans les centres régionaux de traitement des AVC présentaient des taux de survie supérieurs de quatre points à ceux des patients des hôpitaux de soins actifs. Les centres régionaux de traitement des AVC sont capables d'atteindre de meilleurs résultats de soins en refondant la manière dont le traitement

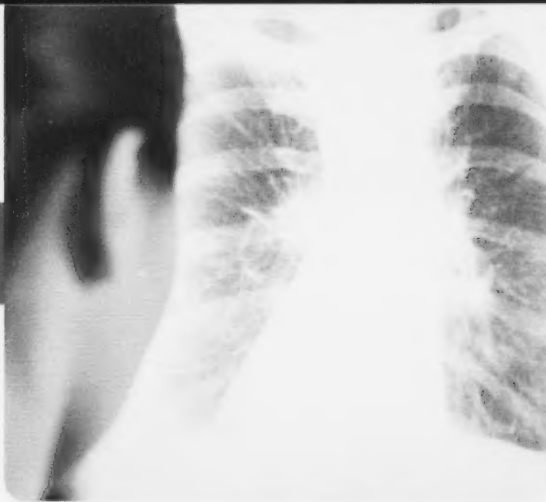
des AVC est organisé et dispensé et en mettant en oeuvre des stratégies visant à aider les fournisseurs de soins à suivre les lignes directrices. Nous pouvons améliorer les taux globaux de survie à un AVC en Ontario en soignant davantage de victimes d'AVC dans les centres régionaux et en aidant les hôpitaux de soins actifs à refondre leurs services de manière à pouvoir respecter plus étroitement les lignes directrices fondées sur des preuves pour le traitement des AVC.

**Améliorations du taux de survie relative à cinq ans pour le cancer en Ontario, par type de cancer,
cas diagnostiqués entre 1986 et 1988 par rapport aux cas diagnostiqués entre 1996 et 1998**



Source: Cancer System Quality Index, Cancer Care Ontario, 2006³⁰.

³⁰⁻³¹ Exclut : les patients qui ne résidaient pas en Ontario au moment du diagnostic; les patients dont l'âge ou le comté de résidence est inconnu; et les personnes qui n'ont été diagnostiquées qu'au moment du décès ou après celui-ci.



La survie relative des cas de cancer compare la probabilité qu'a un patient atteint d'un cancer de vivre cinq ans de plus par rapport aux membres de la population générale du même âge, du même sexe, vivant dans la même région et ayant d'autres caractéristiques communes. Par exemple, les Ontariens ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate entre 1996 et 1998 avaient un taux de survie relative à cinq ans de 92 pour cent – en d'autres termes, 92 pour cent d'entre eux avaient autant de chances de vivre cinq ans de plus que les Ontariens du même âge ne souffrant pas d'un cancer de la prostate.

Pour les patients ayant reçu un diagnostic de cancer en Ontario entre 1996 et 1998, le plus haut taux de survie relative à cinq ans concernait le cancer de la prostate (92 pour cent) et le cancer du sein (86 pour cent) et le plus faible concernait le cancer du poumon (15 pour cent pour les hommes, 19 pour les femmes). Les hommes et les femmes présentaient un taux de survie de près de 60 pour cent pour le cancer colorectal. Nous ne pouvons pas fournir de renseignements plus récents car, pour calculer les taux de survie à cinq ans, il faut un vaste suivi. Action Cancer Ontario indique que les taux de survie à cinq ans pour tous les types de cancer ont augmenté ces 10 dernières années mais cette amélioration varie selon le cancer; des progrès ont été réalisés pour le traitement de certains cancers mais pour d'autres non.

L'amélioration a été faible pour le taux de survie relative à cinq ans pour les cancers du poumon, de l'oesophage et du pancréas mais forte pour les cancers de la prostate, du sein et des ovaires. Les taux de survie relative à cinq ans affichés par l'Ontario pour le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal sont similaires à ceux de la plupart des provinces. Les taux de survie relative à cinq ans de l'Ontario pour le cancer de la prostate³² sont légèrement supérieurs à ceux de la Saskatchewan et de l'Alberta, similaires à ceux des États-Unis³³ et similaires ou légèrement supérieurs à ceux de l'Europe³⁴. Nous aurions de meilleurs renseignements

sur les taux de survie en Ontario si nous mesurions les taux de cancer selon leur stade de développement. Pour calculer ces taux, nous avons besoin de renseignements sur le stade du cancer, à savoir sa taille au moment du diagnostic et, le cas échéant, son niveau de propagation. Cependant, ces renseignements ne sont pas systématiquement repris dans les systèmes de données existants. Connaître les taux de survie au cancer pour différents stades au diagnostic nous aiderait à savoir si les programmes de dépistage sont efficaces, quels traitements utiliser et si nous calculons adéquatement les taux de survie.

Des dépistages plus nombreux et plus efficaces sont un facteur important pour améliorer les taux de survie au cancer, aux crises cardiaques et aux AVC³⁵. Le dépistage permet aux médecins de détecter les cancers plus tôt, lorsque le traitement a le plus de chances de réussir. C'est particulièrement vrai pour le cancer du sein. Les gens seraient moins susceptibles de contracter ces maladies dès le départ si nous pouvions réduire les risques liés au mode de vie, comme l'obésité et le tabagisme. Nous approfondirons ces questions dans la partie 3.9 consacrée à la santé de la population.

3.2.3 Réadmission à l'hôpital pour le traitement de maladies chroniques

Dans un système de santé très performant, les patients sont traités à l'hôpital aussi longtemps que nécessaire puis autorisés à rentrer chez eux ou aiguillés vers des soins de santé communautaire. Dans l'idéal, les personnes souffrant d'une maladie chronique sont autorisées à quitter l'hôpital lorsqu'elles y sont prêtes et qu'elles ont un plan de soins post-hospitaliers qui leur permettra de prendre en charge leur maladie et d'améliorer leur santé. Même avec les meilleurs soins, certains malades chroniques doivent être réadmis à l'hôpital mais d'autres y reviennent parce qu'ils ont été autorisés à sortir avant d'être prêts ou parce qu'ils

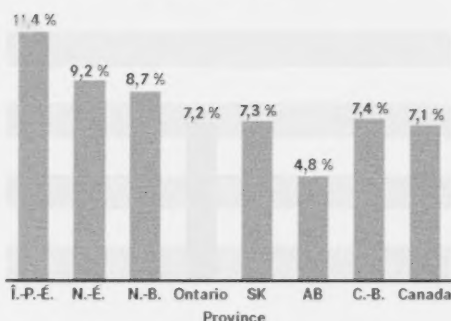
³² Statistiques canadiennes sur le cancer, 2006, Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada.

³³ D'après une comparaison avec le SEER Cancer Statistics Review, 1975-2002.

³⁴ D'après une comparaison avec les données d'EUROCARE-3 sur les taux de survie relative à cinq ans pour tous les cancers; Roazzi P, Capocaccia M, Santaquilani M, Carrani E et le groupe de travail EUROCCARE. (2003) « Electronic availability of EUROCCARE-3 data: a tool for further analysis », *Annals of Oncology*, 14 (supplément 5): v150-v155.

³⁵ Cancer System Quality Index 2006, Action Cancer Ontario. Trouvé à : <http://www.cancercare.on.ca/qualityindex2006/>

Taux de réadmissions non prévues à l'hôpital, ajusté en fonction des risques, dans les 28 jours suivant l'admission initiale pour les victimes d'une crise cardiaque, par province, 2003.



Source : rapport sur les indicateurs de la santé, Institut canadien d'information sur la santé, 2006. Données dérivées de la Base de données sur les congés des patients (Institut canadien d'information sur la santé)³⁰.

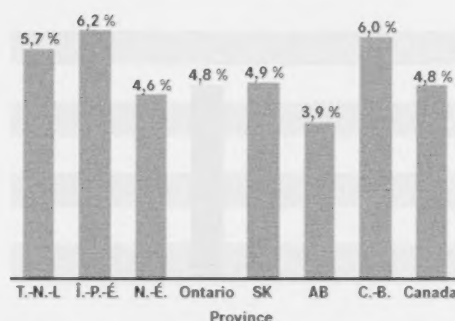
n'ont pas reçu les soins adéquats en dehors de l'hôpital. La réadmission à l'hôpital peut servir à mesurer la qualité des soins pour un certain nombre de maladies chroniques. Nous avons examiné trois situations :

- réadmission à l'hôpital après un traitement pour une crise cardiaque;
- réadmission après un traitement contre l'asthme;
- réadmission des patients après un traitement pour un trouble psychiatrique.

Un patient traité pour une crise cardiaque peut être réadmis en raison d'un problème de médication, selon qu'il se conforme à son plan de traitement ou reçoit des soins suffisamment efficaces dans la collectivité, ou parce que des problèmes sont apparus pour le diagnostiquer ou le traiter à sa première admission. Entre 2002 et 2004, 7,2 pour cent des Ontariens victimes d'une crise cardiaque ont été réadmis dans les 28 jours, avec un diagnostic lié à la crise initiale.

En Ontario, le taux de patients réadmis après une crise cardiaque (7,2 pour cent) est très proche de la moyenne canadienne mais nous pouvons manifestement améliorer nos résultats car l'Alberta affiche un taux largement inférieur (4,8 pour cent). Une amélioration de la coordination des soins entre les hôpitaux, les fournisseurs de soins communautaires et les cliniques de soins

Taux de réadmissions non prévues à l'hôpital, ajusté en fonction des risques, dans les 28 jours suivant l'admission initiale pour les victimes d'une crise d'asthme, par province, 2003.



Source : rapport sur les indicateurs de la santé, Institut canadien d'information sur la santé, 2006. Données dérivées de la Base de données sur les congés des patients (Institut canadien d'information sur la santé)³⁰.

ambulatoires pourrait contribuer à réduire le taux de l'Ontario.

L'asthme est une affection pulmonaire où les patients ont souvent le souffle court et une respiration sifflante. Certains cas sont si graves que les patients doivent être hospitalisés pour maîtriser leurs crises. Les taux de réadmission après un traitement nous indiquent avec quelle efficacité la crise aiguë a été prise en charge et si le patient a pu gérer sa maladie dans la collectivité. Entre 2002 et 2004, c'est dans une proportion de 4,8 pour cent que les patients asthmatiques de l'Ontario ont été réadmis dans les 28 jours suivant leur hospitalisation initiale et, cette fois encore, l'Alberta a affiché les meilleurs résultats avec un taux de réadmission de 3,9 pour cent. Si nous prenions mieux en charge les maladies chroniques dans la collectivité (sujet abordé dans le chapitre 5) moins de personnes seraient hospitalisées pour soigner leur asthme et moins de personnes encore devraient être réadmis à l'hôpital.

Le Ontario Respiratory Outcomes Research Network a étudié les différences dans les hospitalisations pour asthme en Ontario³¹. Les auteurs ont conclu que les seuils utilisés pour déterminer quand une personne asthmatique devait être hospitalisée variaient selon les hôpitaux. Il est donc difficile de comparer les taux dans le pays parce que différents hôpitaux ou différentes provinces peuvent se

³⁰ Sont prises en compte les réadmissions survenant dans les 28 jours suivant l'admission initiale pour une crise cardiaque et dans le cadre desquelles un diagnostic pertinent a été posé. Les taux présentés se fondent sur trois années de données totalisées et l'année de référence reflète la valeur médiane pour la période de trois ans. Pas de données disponibles pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec et le Manitoba.

³¹ Sont prises en compte les réadmissions survenant dans les 28 jours suivant l'admission initiale et dans le cadre desquelles un diagnostic pertinent a été posé. Les taux présentés se fondent sur trois années de données totalisées et l'année de référence reflète la valeur médiane pour la période de trois ans. Pas de données disponibles pour le Nouveau-Brunswick, le Québec et le Manitoba.

³² Loughheed MD, Garvey N, Chapman KR, Cicuto L, Dales R et coll. (2006) « The Ontario Asthma Regional Variation Study: Emergency Department Visit Rates And The Relation To Hospitalization Rates. » *Chest*; 129(4):909-17.

fonder sur différents niveaux de maladie pour admettre une personne, ce qui modifie également la probabilité de réadmission de cette personne.

La maladie mentale est souvent une maladie chronique, pour laquelle les patients sont traités à l'hôpital lorsqu'ils sont gravement malades et surveillés et traités dans la collectivité à long terme. Le taux de réadmission des patients psychiatriques en soins actifs était de 10,5 pour cent entre 2002 et 2004 et de 10,4 pour cent entre 2003 et 2005³⁹. Cependant, comme il s'agit d'une nouvelle mesure, nous ne disposons que de deux éléments d'information et nous ne pouvons déterminer si le taux de réadmission est en hausse ou en baisse. Nous avons également besoin de savoir si ces patients reçoivent les soins dont ils ont besoin lorsqu'ils retournent dans la collectivité et combien de réadmissions auraient éventuellement pu être évitées grâce à une meilleure coordination des soins entre l'hôpital et la collectivité.

3.3 SÛR

« On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner. »

Lorsque nous parlons d'événements indésirables⁴⁰ dans les soins de santé, nous faisons référence aux complications ou aux blessures non intentionnelles qui surviennent dans le cadre de la fourniture de soins – non pas les effets de la maladie sur les patients mais les événements qui résultent directement des soins qu'ils reçoivent. Les patients peuvent être accidentellement blessés de nombreuses manières pendant qu'ils sont soignés – ils peuvent contracter une infection à l'hôpital ou une erreur peut être commise lors de l'administration des médicaments ou des transfusions sanguines. Ils peuvent tomber ou un autre accident peut mener à une blessure, une invalidité ou un décès. Certains événements indésirables peuvent être évités, d'autres font partie des risques ordinaires des soins de santé. Ils ne résultent pas nécessairement d'une erreur.

En 2000, une étude pancanadienne⁴¹ a été menée afin d'évaluer l'ampleur du problème. D'après les conclusions de cette étude, on recense entre 32 000 et 43 000 événements indésirables qui pourraient éventuellement être évités en Ontario sur environ un million d'admissions à l'hôpital. Donc, environ une admission sur 13 a conduit à une forme ou une autre d'événement indésirable. D'après les conclusions de l'étude, les événements indésirables les plus fréquents étaient liés à une intervention chirurgicale (34,1 pour cent) ou à l'administration d'un médicament ou d'une solution intraveineuse (23,6 pour cent). Les patients opérés avaient le plus de risques d'en être victimes – 51,4 pour cent des événements indésirables ont touché des patients hospitalisés pour une intervention chirurgicale.

Les événements indésirables qui pourraient être évités blessent les patients, démoralisent le personnel et réduisent la confiance de la population ontarienne dans son système de santé. Les patients qui sont victimes d'un événement indésirable restent plus longtemps à l'hôpital que les autres, ce qui augmente les dépenses⁴².

Les patients peuvent être blessés de nombreuses manières à l'hôpital. Ces manières sont donc réparties en catégories lorsque nous examinons l'amélioration de la sécurité des patients. Certains événements ne devraient *jamais* se produire⁴³, ce qui signifie qu'il est généralement possible de les éviter. Parmi eux figurent l'opération de la mauvaise partie du corps ou du mauvais patient, l'oubli d'un instrument dans le corps d'un patient après une intervention chirurgicale ou encore le décès d'une mère ou son incapacité lors d'un travail et d'un



³⁹ Cet indicateur correspond au nombre de réadmissions non prévues pour une maladie psychiatrique dans les 28 jours suivant la sortie de l'hôpital après une hospitalisation pour un épisode psychiatrique, divisé par l'ensemble des hospitalisations en milieu psychiatrique.

⁴⁰ Dans l'étude de Baker et Norton sur les événements indésirables dans les hôpitaux canadiens, les « événements indésirables » sont les « complications ou les blessures non intentionnelles, qui provoquent l'incapacité, le décès ou une hospitalisation prolongée et qui résultent de la gestion des services de soins de santé dispensés à un patient pendant son hospitalisation ». Baker RG, Norton PG et coll. (2004) « The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. » *Journal de l'Association médicale canadienne*, 170 (11): 1678-1686.

⁴¹ Baker RG, Norton PG et coll. (2004) « The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. » *Journal de l'Association médicale canadienne*, 170 (11): 1678-1686.

⁴² Une étude menée en 2004 aux États-Unis a calculé les frais hospitaliers associés aux complications postopératoires et a conclu que l'hospitalisation des patients opérés souffrant de complications majeures coûtait en moyenne 11 626 \$US de plus que pour les patients opérés ne présentant aucune complication. D'après une étude sur les patients des hôpitaux canadiens dont l'intervention chirurgicale ne concernait pas un problème cardiaque, la complication postopératoire la plus fréquente est la pneumonie et le séjour des patients qui en souffrent est plus long de 89 pour cent, avec une augmentation de 55 pour cent des frais hospitaliers.

⁴³ Par exemple, National Quality Forum (2003): Serious Reportable Events in Healthcare (« événements qui ne devraient jamais se produire »)



accouchement à faible risque. Cependant, si ce genre d'erreurs majeures attire l'attention du public et des médias, elles sont trop rares pour être utilisées en tant que reflet de la qualité ou de la sécurité générales d'un service.

Parmi les autres événements indésirables figurent les erreurs, comme administrer à un patient le mauvais médicament, la mauvaise combinaison de médicaments ou le mauvais dosage. On trouve également les omissions, comme ne pas surveiller les signes vitaux ou ne pas respecter les mesures de prévention des infections. La prévention des infections devrait inclure l'infection des plaies opératoires ainsi que l'exposition à d'autres maladies infectieuses pendant l'hospitalisation, comme la grippe, l'agent de Norwalk et les bactéries difficiles à maîtriser.

Les erreurs résultant d'une application inadéquate d'un traitement prescrit devraient être évitables mais il n'est pas toujours possible d'éviter les événements indésirables, comme une mauvaise réaction à un médicament. Nous pouvons mieux évaluer si un hôpital est sûr en examinant son rendement pour les tâches routinières mais importantes comme le contrôle de la glycémie des patients diabétiques en soins intensifs ou l'administration de médicaments adaptés à la maladie des patients.

La province élabore des solutions pour améliorer la sécurité des patients. Par exemple, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée propose le Système informatique du Visualiseur des profils pharmaceutiques des patients.

Le personnel autorisé des services d'urgence, y compris les médecins et les infirmières de triage, possède un accès électronique au dossier de prescription des patients dont les médicaments sont pris en charge par la province. De cette manière, les fournisseurs de soins de la plupart des services d'urgence des hôpitaux de la province peuvent vérifier les réactions éventuelles aux médicaments qui pourraient porter préjudice au patient et collecter des renseignements essentiels pour dispenser les soins d'urgence.

Malheureusement, la plupart des établissements de soins de santé commencent seulement à collecter des données sur les événements indésirables et ne possèdent pas de système informatique nous permettant de les examiner dans le temps. Nous avons deux mesures pour connaître la sécurité des patients – le nombre de victimes d'une fracture de la hanche dans les hôpitaux de soins actifs et le nombre de malades chroniques souffrant d'ulcères cutanés de stade 2 (escarres de décubitus difficiles à traiter et sujettes aux infections). Environ 0,6 pour cent des patients en soins actifs de l'Ontario se cassent une hanche pendant leur séjour à l'hôpital, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne, qui est de 0,8 pour cent, tandis que six pour cent des malades chroniques présentent des ulcères cutanés de stade 2 ou plus⁴⁴. Cependant, nous ne pouvons savoir si ces taux représentent une amélioration, étant donné que les chiffres sont faibles et que les données ne sont collectées systématiquement que depuis peu. Les fractures de la hanche et les escarres de décubitus ne se produiraient pas si les patients étaient

Les escarres de décubitus – techniquement appelées « plaies de pression » – étaient à une époque considérées comme presque inévitables lors d'une longue maladie, mais nous savons que la plupart d'entre elles peuvent être évitées avec des soins adéquats. Le Service de santé des Soeurs de la Charité d'Ottawa fournit divers soins continus, y compris des soins de longue durée, des soins continus complexes, des soins palliatifs et des soins de réadaptation. En 2000, il a adopté les lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario pour la prévention des plaies de pression. Les recommandations des lignes directrices couvrent la pratique, y compris l'évaluation, la planification et l'intervention; la formation, les compétences que le personnel infirmier doit posséder pour travailler avec des patients qui pourraient développer des plaies de pression; et l'organisation et les politiques, qui traitent de l'importance pour l'employeur d'instaurer une atmosphère favorisant des soins infirmiers de grande qualité. L'utilisation de ces lignes directrices par le Service de santé des Soeurs de la Charité d'Ottawa a accru la sécurité des patients en améliorant les connaissances du personnel sur la manière de prévenir et de soigner les plaies de pression et les autres problèmes cutanés dans les soins de longue durée.

⁴⁴ Fiche de résultats du système de santé ontarien 2006-2007 (ébauche), ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Équipe des résultats dans le domaine de la santé – Gestion de l'information, novembre 2006.

adéquatement soignés et s'il existait des systèmes adéquats pour repérer les erreurs ou sensibiliser le personnel aux situations à haut risque. Un équipement de sécurité, des lignes directrices formelles pour les soins et la conception de l'hôpital peuvent largement contribuer à prévenir ces blessures.

D'autres juridictions reconnaissent la nécessité de surveiller la sécurité des patients et les événements indésirables. Aux États-Unis, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a élaboré un logiciel de repérage des événements indésirables qui indique le niveau de sécurité des patients dans les hôpitaux. Les hôpitaux utilisent ce logiciel pour collecter, analyser et rapporter les données sur la sécurité des patients⁴⁵. Le Manitoba Centre for Health Policy a adapté certaines des mesures de l'AHRQ pour les utiliser avec les données canadiennes et a comparé le rendement des régions et des hôpitaux de la province⁴⁶.

Cependant, il importe de se rappeler que la sécurité exige bien plus que de prévenir des erreurs dramatiques. Pour la plupart des patients, et dans la plupart des cas, la sécurité consiste à accomplir les tâches routinières comme il se doit. C'est pour cette raison que les soins des malades chroniques constituent un domaine particulièrement important pour évaluer la sécurité et la qualité globale des soins. Les malades chroniques qui ne reçoivent pas des soins appropriés peuvent voir leur santé se détériorer, ce qui, outre la souffrance provoquée, coûte cher au système de santé. Malheureusement, les données montrent que les maladies chroniques ne sont généralement pas bien prises en charge, que ce soit aux États-Unis⁴⁷ ou au Canada⁴⁸.

L'Ontario a besoin d'un ensemble de mesures qui indique la sécurité globale des installations, des programmes et des services de santé. Nous mesurons les cas de fracture de la hanche et d'escarres dans les hôpitaux mais nous avons besoin d'indicateurs pour nous aider à estimer la sûreté des soins de santé communautaire, des soins de longue durée en établissement, des soins de santé primaires et de tous les autres grands services.

Dans notre rapport précédent, nous avons noté que le Groupe de travail sur la sécurité des patients préparait un rapport. Nous attendions avec impatience ses conclusions pour faire progresser la capacité de l'Ontario à mesurer et améliorer la sécurité des patients. Le Groupe de travail a

remis son rapport au ministère de la Santé et des Soins de longue durée mais, au moment de la rédaction du présent document, il n'a pas encore été communiqué au public.

Cependant, il faudra plus que des meilleures données pour améliorer la sécurité des patients. Nous savons que les événements indésirables sont largement sous-déclarés⁴⁹, peut-être en raison de la crainte de poursuites judiciaires⁵⁰. Cependant, il est important que les organismes encouragent leur personnel à signaler volontairement les événements indésirables et les accidents évités de justesse plutôt que de les dissimuler. Si nous ne connaissons pas les problèmes et les raisons de ceux-ci, nous ne pouvons pas en tirer de leçon ou corriger les lacunes du système qui ont permis leur apparition. Nous avons donc besoin d'un environnement qui ne jette pas le blâme et où les erreurs et les préjudices sont considérés comme des défaillances du système et non des individus



3.4 AXÉ SUR LE PATIENT

« Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier. »

De nombreux aspects du système de santé ont été structurés pour le confort et l'avantage des fournisseurs de soins de santé et pas nécessairement pour ceux des patients. Étant donné que les patients sont mieux renseignés sur les questions de santé, nous nous sommes efforcés d'orienter davantage le système de santé vers les services et de mieux

⁴⁵ Patient Safety Indicators Fact Sheet, AHRQ.

Trouvé à : <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/2006-Feb-PatientSafetyIndicators.pdf>. Consulté le 13 décembre 2006.

⁴⁶ Bruce S et coll. « Application of Patient Safety Indicators in Manitoba: A First Look ». Manitoba Centre for Health Policy, juin 2006.

⁴⁷ McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A et Kerr EA. (2003) « The quality of health care delivered to adults in the United States ». *New England Journal of Medicine*, 348: 2635-45.

⁴⁸ Katz A, De Coster C, Bogdanovic B, Soodeen R-A et Chateau D. « Using administrative data to develop indicators of quality in family practice ». Manitoba Centre for Health Policy, mars 2004. Trouvé à : http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/quality_wo.pdf.

⁴⁹ Furberg CD, Levin AA, Gross PA, Shapiro RS et Strom BL. (2006) « The FDA and drug safety: a proposal for sweeping changes. » *Archives of Internal Medicine*, 166 (18): 1938-42.

⁵⁰ Gilmour J (mai 2006) « Sécurité des patients, erreur médicale et droit de la responsabilité civile délictuelle : comparaison à l'échelon international », Programme de recherche sur les politiques en matière de santé, Santé Canada.

Trouvé à : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hppp-prpms/results-resultats/2006-gilmour_f.html.



La connaissance est synonyme de pouvoir – et l'un des éléments qui peuvent permettre à des patients atteints d'un cancer de se sentir moins impuissants face à la maladie est de chercher les renseignements dont ils ont besoin pour jouer un rôle actif dans leurs propres soins. Pour aider ces patients dans leurs efforts, l'Hôpital Princess Margaret de Toronto a créé un programme d'éducation à volets multiples. Ce programme comprend une série de ressources éducatives et interactives sur le traitement du cancer qui proposent des renseignements sur la radiothérapie destinés aux enfants, un site Intranet pour l'éducation des patients, une visite virtuelle de l'hôpital accessible en sept langues, un guide destiné aux familles et aux amis ainsi qu'une bibliothèque accessible aux patients et à leur famille. Tous ces outils informatiques d'éducation permettent aux patients d'en apprendre davantage sur leur cancer et sur les solutions de traitement, à leur propre rythme et selon leur niveau. Un outil en particulier change la façon dont les patients apprennent à en savoir davantage sur le traitement de leur cancer, ainsi que leur participation à ce traitement. Le programme « Getting Results » permet aux patients de consulter en ligne leurs résultats d'analyses de sang et d'accéder à des explications pour comprendre ces résultats. Cet outil vise à aider les patients à gérer leurs soins afin de rendre les consultations plus efficaces et d'améliorer l'efficacité du processus. Les produits et services éducatifs destinés aux patients sont disponibles dans plusieurs langues et ont été conçus pour s'adapter à différents niveaux d'apprentissage. Le programme comprend également des outils de formation destinés aux professionnels de la santé et a été adopté par Action Cancer Ontario.

répondre aux besoins et aux préférences des patients. Il s'agit de ce que nous appelons des « soins axés sur le patient ». Il est important de mesurer la satisfaction du patient parce nous pouvons ainsi connaître la sensibilité des fournisseurs à l'égard des besoins des patients – et nous pouvons également utiliser cette mesure pour prédire la fidélité avec laquelle les patients suivront les conseils de leur médecin. Ce point est particulièrement important pour les malades chroniques parce que le respect des instructions de leur médecin sur la prise des médicaments peut être un facteur décisif pour leur futur état de santé.

Cette année, le Conseil a concentré son évaluation des soins axés sur le patient sur la manière dont les patients perçoivent les soins fournis par les médecins. Dans l'avenir, nous espérons examiner l'opinion des patients sur les soins fournis dans les services d'urgence, les hôpitaux de soins actifs et les établissements de soins de longue durée, en nous fondant sur le travail accompli ces 10 dernières années par les auteurs des rapports sur les hôpitaux de l'Ontario.

Nous avons utilisé les mesures des soins axés sur le patient issues de l'enquête ontarienne sur l'accès aux soins primaires. Les auteurs de cette enquête ont interrogé les patients sur les soins qu'ils recevaient lorsqu'ils étaient malades et lors de leur bilan de santé régulier et sur leur niveau de satisfaction par rapport à l'accessibilité de ces soins. Si les données dont nous disposons ne nous permettent pas de dire si le niveau de satisfaction a augmenté ou diminué, l'enquête a établi les faits suivants⁵¹ :

- 91,2 pour cent des répondants sont satisfaits des soins fournis lorsqu'ils sont malades; ce taux est de 92,2 pour cent pour les malades chroniques;
- un pourcentage légèrement plus élevé (93,1 pour cent) de répondants sont satisfaits des soins fournis lors de leur bilan de santé régulier; ce taux est de 92,7 pour cent pour les malades chroniques;
- 87,4 pour cent des répondants – et 90 pour cent des malades chroniques – sont satisfaits de l'accès aux soins lorsqu'ils sont malades;
- globalement, 86,3 pour cent des répondants sont satisfaits de l'accès à un bilan de santé régulier; ce taux est de 88,6 pour cent pour les malades chroniques.

Les autres provinces ne collectent pas et ne rapportent pas systématiquement les taux de satisfaction en matière d'accès et de soins mais, lors d'une enquête nationale, 68 pour cent des Canadiens ont indiqué que la qualité des soins qu'ils recevaient était excellente ou très bonne et 20 pour cent ont déclaré que les soins étaient de bonne qualité. Selon une enquête sur les expériences de soins primaires dans cinq pays anglophones⁵², le pourcentage total de répondants déclarant que la qualité des soins est bonne, très bonne ou excellente était de 90 pour cent en Australie, de 88 pour cent au Canada, de 89 pour cent en Nouvelle-Zélande, de 85 pour cent au Royaume-Uni et de 83 pour cent aux États-Unis.

⁵¹ Pourcentage de répondants ayant déclaré être très satisfaits ou assez satisfaits des soins fournis par leur médecin de soins primaires régulier lorsqu'ils sont malades ou ont un problème de santé. Les résultats rapportés concernent les répondants de 18 ans et plus. Enquête sur l'accès aux soins primaires (phases 1, 2 et 3), ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006.

⁵² Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K et coll. (2004) « Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries ». *Health Affairs*, 4: 487 – 503.

Nous en apprendrions davantage sur les soins axés sur le patient si nous pouvions mesurer l'opinion des patients sur certains aspects spécifiques de leurs soins, comme la qualité de la communication avec leur médecin ou leurs autres fournisseurs de soins, en plus de leur satisfaction générale à l'égard des soins.

3.5 ÉQUITABLE

« La qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est et où l'on vit. »

Il est une valeur fondamentale canadienne selon laquelle chaque personne dans ce pays doit pouvoir obtenir les soins de santé dont elle a besoin, au moment opportun et à l'endroit voulu, sans égard à sa capacité à payer pour ceux-ci. La *Loi canadienne sur la santé* énonce cinq conditions principales pour les soins de santé : la gestion publique, l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité et la transférabilité. Cependant, les besoins en soins de santé non satisfaits, les obstacles aux soins, les résultats différents des soins et les niveaux de santé inégaux persistent et sont souvent liés aux différences de sexe, d'âge, de langue, de statut d'immigration, d'aptitude physique

ou mentale, de niveau d'instruction scolaire ou de revenu ou de lieu de résidence³³. Nous avons souligné notre inquiétude sur ces disparités dans notre premier rapport.

De nombreux éléments contribuent à ces disparités en matière de santé. Dans la partie 3.9, nous examinons la manière dont les facteurs sociaux, y compris les conditions de vie et de travail, engendrent des différences au niveau de la santé entre différents groupes de population. Les différences dans l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci peuvent également engendrer des disparités en matière de santé. Évaluer si l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci varient selon le statut socioéconomique, le sexe, l'origine ethnique ou le lieu de résidence (zone rurale ou urbaine) peut nous aider à recenser les lacunes, à élaborer des stratégies pour y remédier et à surveiller les améliorations. Cependant, nous ne disposons que de données limitées pour agir et les disparités sur le plan de la santé ne font pas régulièrement l'objet d'évaluations ou de comptes rendus en Ontario.

Les disparités en matière de santé ont une incidence importante sur le système de santé. Par exemple, les Canadiens à faible revenu sont beaucoup plus malades que ceux à revenu élevé et utilisent donc deux fois plus souvent les services de santé³⁴. En 2004, le Groupe de travail sur les disparités

Une maladie mentale ou un problème de toxicomanie font partie des expériences les plus terrifiantes que doivent traverser une personne et sa famille. Mais que se passerait-il si vous ne connaissiez pas suffisamment bien la langue pour comprendre les questions que l'on vous pose ou les instructions que l'on vous donne? Ou si les hypothèses formulées par votre médecin n'étaient pas du tout conformes à votre culture? Le Centre de toxicomanie et de santé mentale connaît la réponse à ces questions – la situation serait bien pire. Il a donc mis sur pied des services rapides d'interprétation disponibles 24 heures sur 24 dans les 25 langues les plus communément parlées par ses clients et par l'ensemble de la population de Toronto (des services d'interprétation dans des langues moins courantes sont également possibles mais il faut parfois plus de temps pour les mettre en place). L'interprétation est probablement la partie la plus connue de la politique de diversité du Centre. Le Centre a lancé cette politique il y a cinq ans afin de devenir un organisme adapté aux réalités culturelles et capable de servir tous ses clients en toute équité. Cette politique comprend d'autres aspects – comme la formation des professionnels de la santé sur la manière d'accueillir et de rassurer les clients avant l'arrivée d'un interprète, en faisant preuve de respect, en faisant attention à leur langage corporel et en essayant de les mettre à l'aise. Il existe également une formation pour comprendre les règles des autres cultures – ainsi, une musulmane ne voudra pas rester seule avec un homme qui ne fait pas partie de sa famille et, dans certaines cultures où l'homme le plus âgé est toujours le porte-parole de la famille, les clients de cette communauté pourraient ne pas être prêts à parler pour eux-mêmes. Cependant, cette politique ne consiste pas uniquement à être ouvert aux autres cultures. Elle dispose d'une structure formelle qui dicte les limites de responsabilité et inclut des dispositions pour suivre et évaluer régulièrement toutes les activités liées à la diversité. L'examen triennal complet préconisé permet de vérifier que les changements suscités par cette politique sont maintenus et poussés plus loin.

³³ Dunlop S, Coyte PC et McIsaac W. (2000) « Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey ». *Soc Sci Med*; 51(1): 123-33; Kue Young T, Reading J, Elias B et O'Neil JD. (2000) « Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: status of an epidemic in progress. » *Journal de l'Association médicale canadienne*; 163(5):561-566; Newbold KB et Danforth J. (2003) « Health status and Canada's immigrant population ». *Soc Sci Med*; 57 (10): 1981-95.

³⁴ Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. « Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé ». 2004. Trouvé à : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_f.pdf Consulté le 23 septembre 2006.

en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé a également remarqué qu'environ 20 pour cent des dépenses en soins de santé étaient dues aux disparités entre les différents groupes de revenu⁵⁴.

Le système de santé peut jouer un rôle important dans la réduction des disparités en matière de santé. Nous pouvons améliorer l'accès au système de santé grâce aux services d'approche, à la localisation, à la conception, aux heures d'ouverture et à d'autres stratégies. Nous pouvons rendre le système plus axé sur le patient en fournissant des soins adaptés sur le plan culturel et des services d'interprétation et en aidant les patients et leur famille à surmonter les obstacles économiques et sociaux aux soins. Dans la partie 3.9, nous examinons la manière dont le secteur de la santé peut collaborer avec d'autres secteurs afin d'améliorer la santé de la population.

Dans la présente section, nous nous intéressons à deux groupes de population – les Autochtones et les nouveaux immigrants de l'Ontario. Étant donné que l'équité, ou la justice, est un facteur dans tous les attributs d'un système de santé très performant, nous voulions savoir s'il était facile pour les personnes de ces deux groupes d'obtenir les soins dont elles avaient besoin, si ces soins répondaient à leurs besoins particuliers en matière de santé et si les services étaient fournis d'une manière respectant leurs besoins religieux, culturels et linguistiques. Nous avons obtenu un certain nombre de réponses préoccupantes mais nous avons également trouvé quelques exemples de soins d'excellente qualité ainsi que des pratiques exemplaires qui peuvent être plus largement utilisées dans la province.

3.5.1 Les Autochtones : quel est le rendement du système de santé pour eux?

POPULATION AUTOCHTONE DE L'ONTARIO

En 2001, 188 315 résidents de l'Ontario déclaraient être d'origine autochtone, membres des Premières nations, Inuits ou Métis, bien que le nombre réel soit probablement plus élevé⁵⁵. La majorité de ces personnes vivent au sein de la population générale; 61,1 pour cent vivent dans des zones urbaines, 17,4 pour cent vivent dans des régions rurales et 21,5 pour cent résident dans l'une des 139 collectivités des Premières nations réparties dans la province, essentiellement dans le Nord⁵⁶. En raison de ses taux de natalité plus élevés, la population autochtone tend à être plus jeune que le reste de la population de la province, avec environ 46 pour cent de personnes de moins de 25 ans.

SANTÉ DES AUTOCHTONES EN ONTARIO

Des études successives, comparant maladie après maladie, ont constaté que la santé des Autochtones de l'Ontario était moins bonne que celle de la majorité des Canadiens. L'incidence du diabète de type 2 ou diabète de l'adulte est de trois à cinq fois plus élevée chez la population autochtone par rapport à la norme canadienne et les Autochtones contractent cette maladie à un âge très précoce⁵⁷. Les cardiopathies et les problèmes respiratoires sont deux fois plus fréquents chez les Autochtones que dans la population générale⁵⁸. Les études intergroupes montrent que les Autochtones ont beaucoup plus de risques d'être atteints de surpoids ou d'obésité⁵⁹, de souffrir d'hypertension artérielle et de fumer, facteurs qui font tous courir un plus grand risque pour la santé⁶⁰. Selon les données de la Ontario First Nations Regional Health Survey (1997), 79 pour cent des hommes et 72 pour cent des femmes vivant dans une réserve déclarent fumer, contre 30 et 27 pour cent pour l'ensemble de la population provinciale⁵⁸. D'autres études ont indiqué des taux concordants plus élevés de cancer du poumon⁶¹. En outre, les Autochtones connaissent davantage de problèmes de santé mentale, avec des taux plus élevés de dépression, de toxicomanie et de suicide⁶².

⁵⁴ Ce chiffre est une sous-estimation étant donné que plusieurs réserves ou peuplements n'ont pas participé ou n'ont participé qu'en partie. Si les modèles du recensement de 1996 se répètent, il est également probable qu'un nombre significatif de personnes vivant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves n'ont pas déclaré être Autochtones. Profils de la population autochtone du recensement de 2001. Statistique Canada. Trouvé à : <http://www12.statcan.ca/english/profil01/AP01/Index.cfm?Lang=F>. Consulté le 24 août 2006.

⁵⁵ Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Liste des Premières nations : Ontario. Trouvé à : http://psc2-esd2.ainc-inac.gc.ca/FNProfiles/FNProfiles_ListRE.asp?Province1=ON. Consulté le 26 septembre 2006.

⁵⁷ Macaulay A, Harris S, Lévesque L, Cargo M, Ford E et coll. (2003) « Primary prevention of type 2 diabetes: Experiences of two Aboriginal communities in Canada ». *Canadian Journal of Diabetes*, 27(4): 464 – 475.

⁵⁸ MacMillan H, Walsh C, Jamieson E, Wong M et coll. (2003) « The health of Ontario First Nations people ». *Revue canadienne de santé publique*, 94 (3): 168 – 172.

⁵⁹ Tremblay M, Perez C, Arden C, Bryan S et Katzmarzyk P. (2005) « Obésité, embonpoint et origine ethnique ». *Rapport sur la santé*, 16: 23 – 34.

⁶⁰ Anand S, Yusuf S, Jacobs R, Davis A, Yi Q, Gerstein H et coll. (2001) « Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: The Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) ». *Lancet*, 358: 1147 – 1153.

⁶¹ Marrett L et Chaudhry M. (2003) « Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations, 1968 – 1991 (Canada) ». *Cancer Causes and Control*, 14: 259 – 268.

⁶² Adelson N. (2005) « The embodiment of inequity: health disparities in Aboriginal Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, 96: S45-S61.

ACCÈS AUX SOINS

Nous avons dit que chacun devrait pouvoir obtenir les soins dont il a besoin, au moment opportun, dans le bon contexte et auprès du bon fournisseur de soins. Mais, bien que les données disponibles soient peu nombreuses, elles indiquent que ce principe ne s'applique pas souvent aux Autochtones de l'Ontario. Les renseignements laissent supposer que les Autochtones ont des difficultés pour recevoir les soins les plus élémentaires en raison de leur lieu de résidence et de problèmes liés à ceux qui sont chargés de leur fournir les soins⁶³. Quatre Ontariens autochtones sur 10 vivent dans des petites villes ou dans des régions rurales ou éloignées qui manquent de services de soins primaires⁶⁴. Ainsi, les diabétiques des Premières nations résidant dans des collectivités éloignées ont trois fois plus de risques de souffrir de graves complications qui auraient pu être évitées s'ils avaient vécu dans des collectivités moins isolées, avec un meilleur accès aux soins primaires et à des spécialistes comme des diététistes⁶⁵.

Les Autochtones qui vivent dans des régions isolées doivent souvent quitter leur collectivité pour obtenir des services qui seraient considérés comme des soins primaires et préventifs courants ailleurs dans la province⁶⁶. Les femmes enceintes sont transférées hors de la collectivité où elles vivent pour accoucher dans des hôpitaux spécialisés et, pour passer une mammographie, les femmes plus âgées des collectivités éloignées du Nord-Ouest doivent se rendre par avion dans une collectivité médionordique ayant des routes d'accès sur lesquelles peut circuler un camion équipé pour le dépistage du cancer du sein. Les patients autochtones sont souvent réticents à quitter leur domicile pour recevoir ces services et il en va de même pour les autres programmes qui ne peuvent pas être mis en place dans les petites collectivités. Une personne que nous avons interrogée affirme : « s'il y a vraiment une chose qui empêche d'accéder aux soins primaires, il s'agit fondamentalement du [manque de ressources locales]. » Bien que les services de santé à distance assurés grâce à la

télémédecine s'améliorent continuellement et soient largement reconnus comme un moyen de surmonter certains obstacles à l'accès aux soins, tout le monde ne pense pas que cette approche technologique résoudra tous les problèmes d'accès dans les régions isolées; une personne prévient que la télémédecine « n'est pas encore acceptée par tous les clients et les fournisseurs de services. »

Le choix du système de santé vers lequel se tournent les Autochtones pour recevoir des soins primaires est en partie imposé par les juridictions – plusieurs paliers de gouvernement différents sont chargés de fournir des soins à la population autochtone. Certains soins sont fournis par des réseaux de services provinciaux ou fédéraux spécifiques aux Autochtones; d'autres par les programmes provinciaux généraux ouverts à tous. Dans les collectivités éloignées des Premières nations, les soins primaires sont fournis par Santé Canada, par le biais des centres de santé communautaire ou des postes de soins infirmiers⁶⁷, où des infirmières autorisées, dont la plupart ont suivi une formation complémentaire pour être plus autonomes, travaillent avec des médecins visiteurs et d'autres fournisseurs de services⁶⁸. Les régions de la province où les services sont administrés par les autorités sanitaires autochtones ont des ententes similaires avec des spécialistes externes.

Les autres Autochtones de l'Ontario utilisent les services généraux de soins primaires ou les services de soins primaires pour les Autochtones comme les centres autochtones d'accès aux services de santé ou les centres de santé communautaire autochtones. Tous ces paliers ne



⁶³ Frohlich K, Ross N et Richmond C. (2006) « Health disparities in Canada today: some evidence and a theoretical framework », *Health Policy*, 79(2-3): 132-143.

⁶⁴ Profils de la population autochtone du recensement de 2001, Statistique Canada.

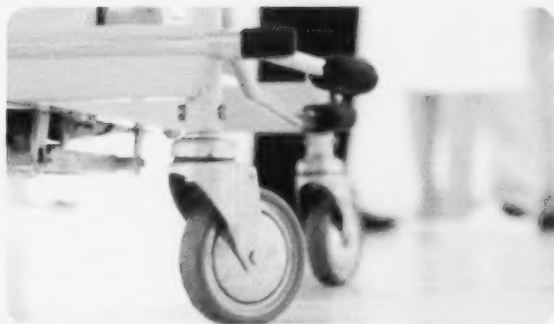
Trouvé à : <http://www12.statcan.ca/english/profil01/AP01/Index.cfm?Lang=E> Consulté le 24 août 2006.

⁶⁵ Booth G, Hux J, Fang J et Chan B. (2005) « Time trends and geographic disparities in acute complications of diabetes in Ontario, Canada », *Diabetes Care*, 28(5): 1045 – 1050.

⁶⁶ « Certaines circonstances » Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées », Santé Canada. Trouvé à : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-certain-equit-acces/part3-tc-4m_f.html. Accès au lien: 6 septembre 2006.

⁶⁷ Smith D. (2003) « Maternal-child health care in Aboriginal communities », *Canadian Journal of Nursing Research*, 35 (2): 143 – 152.

⁶⁸ Minore B, Boone M et Hill M. (2004) « À la recherche d'une relève temporaire : stratégie de recrutement de personnel infirmier dans les communautés nordiques autochtones », *Canadian Journal of Nursing Research*, 36 (2): 148-163.



signifient pas pour autant que les soins dont les patients ont besoin sont toujours disponibles mais certains signes montrent une augmentation de la collaboration et de la coopération entre les juridictions, notamment le transfert fédéral des systèmes de santé des Premières nations aux collectivités autochtones et l'intégration des services fédéraux et provinciaux à Sioux Lookout et à Weeneebayko Health Ahtuskaywin (qui fournit des soins de santé aux Autochtones sur la côte Ouest de la baie James).

AXÉ SUR LE PATIENT

Dans le vocabulaire du système de santé, la sécurité fait généralement référence à la protection des patients contre tout préjudice physique causé par les soins. Cependant, les Autochtones de l'Ontario peuvent être confrontés à des risques dus à l'incapacité du système de santé à leur fournir des soins culturellement acceptables ou « culturellement sécuritaires »⁶⁹. Par exemple, les Autochtones qui ne communiquent pas très bien en anglais ou en français peuvent être confrontés à des retards ou à des perturbations dans leurs soins et ont plus de difficultés pour suivre des instructions qu'ils ne comprennent pas parfaitement⁷⁰. Les obstacles linguistiques sont particulièrement problématiques pour les personnes qui sont traitées loin de chez elles, dans des endroits où des traducteurs ne sont pas toujours disponibles. Ainsi, Weeneebayko Health Ahtuskaywin envoie « 1 600 personnes par an à Timmins [et] 2 200 personnes par an à Kingston, c'est pourquoi nous avons besoin de traducteurs ».

À part les problèmes linguistiques, l'incapacité des fournisseurs de soins à comprendre les différences sociales et culturelles engendre un mécontentement chez les patients autochtones, qui tendent alors à ne pas suivre leur plan de soins et qui sont donc en moins bonne santé⁷¹. C'est peut-être en raison de l'incapacité du système général à tenir compte de la forte croyance de la population autochtone dans les soins holistiques que les Canadiens d'origine autochtone ont plus de difficulté à obtenir les soins dont ils ont besoin et qu'ils sont plus intimidés par le système de santé⁷². L'incapacité du système à comprendre que les patients autochtones prennent des décisions par consensus, en faisant participer leur famille et les autres membres de leur communauté à leurs soins, peut provoquer des tensions et une mauvaise communication et interrompre les soins⁷³. La réticence à reconnaître les problèmes intergénérationnels, notamment les effets des internats, peut également perturber les soins des patients autochtones⁷⁴.

ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

Compte tenu de tous ces obstacles aux soins, nous nous inquiétons du fait qu'il n'y ait pas davantage de ressources pour aider à fournir les soins adéquats aux Autochtones de l'Ontario⁷⁵. L'un des principaux problèmes est la pénurie de professionnels de la santé autochtones et le peu d'enthousiasme des professionnels à l'égard du travail dans les collectivités rurales ou autochtones⁷⁶. Cependant, certaines écoles de soins infirmiers⁷⁷ et de médecine⁷⁸ mettent au point des programmes de recrutement et de formation spécifiques aux Autochtones. L'École de médecine du Nord de l'Ontario⁷⁹ et le programme des infirmières praticiennes de l'Ontario⁸⁰ se sont engagés à recruter des étudiants autochtones et à intégrer la santé autochtone dans leurs programmes. L'École de médecine du Nord de l'Ontario propose des programmes de formation dans les collectivités autochtones parce que le fait de faire directement l'expérience des réussites et des difficultés du travail dans ce cadre peut inciter les étudiants à retourner travailler dans ces collectivités après l'obtention de leur diplôme.

⁶⁹ Vukic A et Keddy B. (2002) « Northern nursing practice in a primary health care setting », *Journal of Advanced Nursing*; 40: 542-548.

⁷⁰ Taylor S et Laurie N. (2004) « The role of culturally competent communication in reducing ethnic and racial healthcare disparities », *The American Journal of Managed Care*; 10: 1-4.

⁷¹ Moffatt M et Cook C. (2005) « How can the health community foster and promote the health of Aboriginal children and youth? », *Pediatric Child Health*; 10(9): 549-552.

⁷² Donini-Lenhoff F et Hedrick H. (2000) « Increasing awareness and implementation of cultural competence principles in health professions education », *Journal of Allied Health*; 29(4): 241-245.

⁷³ Dodgson J et Struthers R. (2006) « Indigenous women's voices: Marginalization and health », *Journal of Transcultural Nursing*; 16(4): 330-346.

⁷⁴ Smith D, Varcoe C et Edwards N. (2005) « Turning around the intergenerational impact of residential schools on Aboriginal people: implications for health policy and practice », *Canadian Journal of Nursing Research*; 37: 38-60.

⁷⁵ Shah B, Guntaj N et Hux J. (2003) « Markers of access to and quality of primary care for Aboriginal people in Ontario, Canada », *American Journal of Public Health*; 93 (5): 798-802.

⁷⁶ Ehman A. (2004) « Lack of Aboriginal health professionals a 'huge issue' », *Journal de l'Association médicale canadienne*; 171(9): 1028.

⁷⁷ Gregory D. (2005) « Aboriginal health and nursing research: Postcolonial theoretical perspectives », *Canadian Journal of Nursing Research*; 37(4): 11-15(5).

⁷⁸ Spencer A, Young T, Williams S et Horsfall S. (2005) « Survey on Aboriginal issues within Canadian medical programmes », *Medical Education*; 39: 1101-09.

⁷⁹ Rourke J. (2002) « Building the new Northern Ontario Rural Medical School », *Australian Journal of Rural Health*; 10: 112-116.

⁸⁰ Boone M et Minore B. « Integrated or separated: Teaching concepts of Aboriginal health to nurse practitioners », 483-494, dans « Circumpolar Change: Building a Future on Experiences From the Past », sous la direction de H. Myrland et L. Carlson. Compte rendu de la cinquième conférence sur la coopération des universités circumpolaires. Université de technologie de Luleå, Suède, 1999.

De sérieuses inquiétudes existent sur le fait que les organismes de soins de santé ne disposent pas de l'argent ou du temps requis pour favoriser des soins adaptés sur le plan culturel et lorsqu'ils en ont, leur vision de ce qui convient peut ne pas être en harmonie avec celle des Autochtones⁸¹. Une personne a déclaré : « Souvent, les programmes non autochtones, même ceux qui se disent adaptés sur le plan culturel, ne le sont pas nécessairement. » Cependant, les attitudes changent avec l'adoption de nouvelles dispositions législatives et réglementaires ainsi que de nouvelles exigences d'agrément qui imposent la mise en place de programmes et de pratiques adaptés sur le plan culturel⁸². Les normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario en matière de relation thérapeutique indiquent que les infirmières doivent nouer avec leurs clients des relations qui respectent les « besoins, les souhaits, les connaissances, l'expérience, les valeurs et les croyances » des clients et de leur famille⁸³.

S'il est avéré que le transfert des services de santé aux organismes autochtones améliore les soins⁸⁴, les effets sont limités si les programmes sont de courte durée ou rigides⁸⁵. Par exemple, ces programmes sont inefficaces s'ils ne tiennent pas compte de la situation socioéconomique ou historique qui détermine en partie la santé de la population autochtone⁸⁶. Parallèlement, les programmes comme les centres autochtones d'accès aux services de santé de l'Ontario sont des réussites parce qu'ils abordent les situations individuelles et tiennent compte de facteurs « comme le traumatisme historique et le syndrome des internats. »

CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Les systèmes de santé n'ont pas pour seul but le traitement des maladies mais aussi leur prévention. Les systèmes de santé autochtones de l'Ontario présentent des éléments de traitement et de prévention mais pas toujours de manière équilibrée. Même si la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones de l'Ontario vise à faire en sorte que « la prévention et la santé de la population...

soient à peu près intégrées dans chaque élément », l'accès aux autres programmes de prévention comme les stratégies autochtones sur le diabète, le VIH/sida ou le tabac, varie considérablement. Des déséquilibres existent également dans les programmes de prévention et de promotion de la santé parrainés par Santé Canada; dans le Nord, le besoin écrasant en soins primaires limite les ressources disponibles pour la santé publique⁸⁷.

Il existe de nombreux projets visant à favoriser la bonne santé pour lutter contre des maladies spécifiques comme le diabète⁸⁸ ou l'obésité⁸⁹. Cependant, l'examen des nombreuses initiatives montre que, pour réussir, les activités de promotion de la santé doivent être administrées par la collectivité, de manière à modifier les comportements dans son propre contexte et dans son propre environnement⁹⁰. Ce processus exige de poser les connaissances⁹¹ permettant de structurer les programmes collectivité par collectivité⁹².

ENVISAGER L'AVENIR

Il y a de bonnes nouvelles pour les soins de santé des Autochtones en Ontario. La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones a renforcé le rôle de la province dans la fourniture de soins universels, holistiques et adaptés sur le plan culturel à la population autochtone. Les Premières nations et les gouvernements fédéral et provincial collaborent davantage afin d'élaborer des politiques et des programmes pour les besoins spécialisés. Fait plus important, on constate une plus grande présence des Autochtones parmi les décideurs



⁸¹ Maar M. (2004) « Préparer la voie à une prise en charge de la santé communautaire : Intégration des services de soins de santé dans un centre autochtone d'accès aux services de santé de la zone rurale du centre nord de l'Ontario », *Journal de la santé autochtone*, 1 (1): 54 - 64.

⁸² Ahmann E. (2002) « Developing cultural competence in health care settings », *Pediatric Nursing*, 28(2): 133 - 137.

⁸³ « Practice standard: Therapeutic nurse-client relationship » (2006) Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : p. 15.

⁸⁴ Hiebert S, Angees E, Young TK et O'Neil J. (2001) « The evaluation of transferred health care services in Wunimim Lake, Wapekela and Kingfisher Lake First Nations: A nursing perspective », *International Journal of Circumpolar Health*, 60: 473 - 478.

⁸⁵ Lemchuk-Favel L et Jock R. (2004) « Les Systèmes de santé autochtones au Canada : Neuf études de cas », *Journal de la santé autochtone*, 1(1): 28 - 51.

⁸⁶ Lavoie J. (2004) « Régis par contrats : Le développement des services indigènes de santé primaires au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Journal de la santé autochtone*, 1(1): 6-24.

⁸⁷ Minore B, Boone M, Katt M, Kinch P, Birch S et Mushquash C. (2005) « The effects of nursing turnover on continuity of care in isolated First Nation communities », *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(1): 87 - 100.

⁸⁸ Macaulay A, Harris S, Lévesque L, Cargo M, Ford E et coll. (2003) « Primary prevention of type 2 diabetes: Experiences of two Aboriginal communities in Canada », *Canadian Journal of Diabetes*, 27(4): 464 - 475; Lévesque L, Guibault G, Delormier T et Potvin L. (2005) « Unpacking the black box - A deconstruction of the programming approach and physical activity interventions implemented in the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project », *Health Promotion Practice*, 6: 64 - 71.

⁸⁹ « Kuperberg K et Evers S. (2006) « Feeding patterns and weight among First nations children », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67: 79 - 84.

⁹⁰ Willows N. (2005) « La Surcharge pondérale chez les enfants premier [sic] nations : Incidence, implications et solutions », *Journal de la santé autochtone*, 2 (1): 76 - 86.

⁹¹ Bisset S, Cargo M, Delormier T, Macaulay A et Potvin L. (2004) « Legitimizing diabetes as a community health issue: A case analysis of an Aboriginal community in Canada », *Health Promotion International*, 19(3): 317 - 326.

⁹² Landau T. (1996) « The prospects of a harm reduction approach among indigenous people in Canada », *Drug and Alcohol Review*, 15: 393 - 401.



et les fournisseurs de soins de santé qui peuvent proposer des soins adaptés aux patients. Selon une personne interrogée, « la population autochtone a une manière particulière de concevoir la santé. Elle le fait d'une manière très holistique. Il ne s'agit pas simplement de fournir les services d'un médecin ou d'une infirmière ou des médicaments. Il s'agit de traiter les aspects physique, émotionnel, spirituel et mental de la personne ».

3.5.2 Équité pour les néo-Canadiens

POPULATION IMMIGRÉE DE L'ONTARIO

Le Canada a toujours été une terre d'accueil pour un très grand nombre d'immigrants. En 2001, près d'un Canadien sur cinq était né dans un autre pays – la proportion la plus forte en 70 ans – et 55 pour cent de l'ensemble des immigrants arrivés au Canada dans la décennie précédant 2001 s'étaient établis en Ontario. Toutes les grandes zones urbaines de l'Ontario comptent un nombre important de néo-Canadiens – en 2001, 44 pour cent des résidents de Toronto étaient nés à l'étranger⁹¹. Cette proportion était de 21 pour cent dans la région de Waterloo et la ville de London, de 22 pour cent à Ottawa, de 25 pour cent à Hamilton et de 27 pour cent à Windsor.

Le visage de l'immigration a changé de manière spectaculaire au cours des 40 dernières années, lorsque la plupart des nouveaux arrivants étaient d'origine européenne. Aujourd'hui, il s'agit en majorité de non-Européens⁹². En 1971, moins de cinq pour cent des résidents de la région du grand Toronto étaient d'origine non européenne. En 2001, 40 pour cent des Torontois déclaraient être d'origine non européenne.

Cependant, les nouveaux immigrants du Canada connaissent des taux plus élevés de pauvreté après leur arrivée⁹³ par rapport aux générations précédentes. En général, les immigrants sont

plus susceptibles d'occuper des emplois peu rémunérés, d'être sans emploi et de vivre dans la pauvreté⁹⁴. Beaucoup d'immigrants possèdent une très bonne instruction scolaire mais rencontrent des difficultés pour trouver un emploi correspondant à leur formation⁹⁵. Par conséquent, en 2001, seuls 10 pour cent des Torontois d'origine européenne étaient pauvres, contre 40 pour cent des personnes d'origine africaine et 30 pour cent des personnes d'origine arabe et ouest-asiatique⁹⁷.

Des points importants apparaissent lorsque l'on étudie les problèmes rencontrés par les immigrants en matière de santé. Nous remarquons, dans la partie 3.9, que les personnes défavorisées sont beaucoup plus susceptibles d'être en mauvaise santé, bien que de nombreux facteurs qui affectent la santé soient inextricablement liés à la pauvreté. Dans un rapport de 2003 sur les disparités raciales et ethniques dans le domaine des soins de santé aux États-Unis, le Institute of Medicine a constaté que la discrimination raciale et ethnique faisait partie des nombreux facteurs contribuant aux disparités en matière de santé dans ce pays. Ce rapport indique : « Dans une large mesure, les tentatives visant à séparer la contribution relative de ces facteurs risquent de donner une image incomplète des interactions complexes entre le statut de minorité raciale et ethnique, les différences socioéconomiques et la discrimination...⁹⁸ ». Nous avons besoin de plus de renseignements sur la manière dont ces facteurs se combinent pour engendrer ces disparités.

ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRANTS

Historiquement, les immigrants sont arrivés en meilleure santé que les non-immigrants⁹⁹, en partie parce qu'il faut être en bonne santé pour envisager d'abandonner ses racines pour s'installer dans un nouveau pays et en partie parce que la plupart des immigrants passent des examens afin de s'assurer qu'ils sont en bonne santé et qu'ils ne sont pas porteurs de la tuberculose ou d'autres maladies transmissibles sexuellement⁹⁹. D'après la récente Enquête nationale sur la santé de la population⁹⁵, 97 pour cent des nouveaux immigrants déclarent que leur santé est bonne, très bonne ou excellente six mois après leur arrivée, contre 88 pour cent pour la population générale.

⁹¹ Toutes les données sur l'immigration dans les différentes villes de l'Ontario proviennent des profils des communautés de Statistique Canada. Trouvé à : <http://www12.statcan.ca/english/profil01/C.P01/Index.cfm?Lang=E>. Consulté le 27 octobre 2006.

⁹² Ornstein M. « Ethno-racial groups in Toronto, 1971-2001: A demographic and socio-economic profile », Institut de recherche sociale – Université York. Trouvé à : http://atwork.settlement.org/sys/atwork_library_detail.asp?passed_lang=EN&doc_id=1004044. Consulté le 12 juillet 2006.

⁹³ Ng E, Wilkins R, Gendron F et coll. (2005) « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : Constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population », Statistique Canada.

⁹⁴ Picot G et Sweetman A. « Dégratation du bien-être économique des immigrants et causes possibles : Mise à jour 2005 ». Trouvé à : <http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/listpub.fcgi?catno=11F0019MIF2005262>. Consulté le 27 octobre 2006.

⁹⁵ D'importantes différences existent au sein de ces groupes. Par exemple, les Portugais et les Bangladais sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les autres Européens ou Sud-Asiatiques, respectivement; Ornstein M. « Ethno-racial groups in Toronto, 1971-2001: A demographic and socio-economic profile », Institut de recherche sociale – Université York. Trouvé à : http://www.isr.yorku.ca/download/Ornstein-Ethno-Racial_Groups_in_Toronto_1971-2001.pdf. Consulté le 12 juillet 2006; Utilisation des seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Voir : « Les seuils de faible revenu de 2004 ». Trouvé à : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=75F0002MIF2005003>. Consulté le 26 octobre 2006.

⁹⁶ Sous la direction de Smedley BD, Stith AY et Nelson AR (2003). « Unequal Treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care ». Washington DC. The National Academies Press.

⁹⁷ Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (2001, ch. 27).

Cependant, au fil du temps, l'état de santé des immigrants se rapproche de celui de la population générale. Pendant la durée de l'Enquête, de 1994-1995 à 2002-2003, les immigrants en général étaient plus susceptibles que les personnes nées au Canada de déclarer un changement de santé en bien ou en mal. Les nouveaux immigrants, notamment ceux d'origine non européenne, étaient deux fois plus susceptibles que les personnes nées au Canada de déclarer une détérioration de leur santé pendant la période de l'Enquête. D'après l'Enquête, cette détérioration était due à de nombreux facteurs, y compris le revenu des ménages, les comportements nuisibles pour la santé (comme une mauvaise alimentation qui entraîne une prise de poids¹⁰⁰), un accroissement du stress, les possibilités d'emploi inadéquates, les conditions de logement et la discrimination¹⁰¹.

Certains néo-Canadiens sont plus susceptibles de développer des maladies après leur arrivée au Canada. Les Sud-Asiatiques et les Latino-Américains ont plus de risques de développer un diabète de type 2¹⁰².

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Très peu de données de routine sont collectées sur le contexte ethnoculturel des patients de l'Ontario. Nos connaissances sur l'accès des immigrants aux soins de santé au Canada se fondent donc sur les enquêtes.

L'enquête ontarienne sur l'accès aux soins primaires¹⁰³ a formulé les conclusions suivantes :

- Les Ontariens nés au Canada et les immigrants qui vivent dans le pays depuis au moins cinq ans ont beaucoup plus de chances d'avoir un médecin régulier (92,1 pour cent) que les nouveaux immigrants vivant au Canada depuis moins de cinq ans (73 pour cent).
- Les Ontariens de couleur sont un peu moins susceptibles d'avoir un médecin que les Ontariens blancs (88,7 pour cent contre 92,4 pour cent).
- En ce qui concerne le fait d'avoir un médecin régulier, il n'existe pas de différence importante entre les anglophones ou francophones par rapport aux personnes parlant une autre langue.

À part celles issues de l'enquête ontarienne sur l'accès aux soins primaires, il existe peu de données sur l'accès des immigrants ou des minorités visibles aux services de santé. Nous avons pu constater les faits suivants :

- les nouveaux immigrants et les minorités visibles de l'Ontario utilisent moins de services préventifs¹⁰⁴;
- les minorités visibles sont deux fois moins susceptibles que les autres Canadiens¹⁰⁵ de consulter un professionnel de la santé en cas de dépression;



¹⁰⁰ Les taux élevés de prise de poids sont l'un des exemples cités dans l'enquête.

¹⁰¹ Ng E, Wilkins R, Gendron F et coll. « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : Constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population », Statistique Canada, 2005.

¹⁰² Tan C, Emmanuel SC, Tan B et coll. (1999) « Prevalence of diabetes and ethnic differences in cardiovascular risk factors », The 1992 Singapore national health survey; 22: 241-247; Lanting LC, Joung IMA, Mackenbach JP et coll. (2005) « Ethnic differences in mortality, end-stage complications, and quality of care among diabetic patients », Diabetes Care; 28: 2280-2288; Carnethion MR, Berton AG, Shea S et coll. (2005) « Racial/ethnic differences in subclinical atherosclerosis among adults with diabetes: The multiethnic study of atherosclerosis », Diabetes Care; 28: 2768-2770.

¹⁰³ L'enquête sur l'accès aux soins primaires a commencé en 2006. Ses résultats sont également présentés dans la partie 3.1.1.

¹⁰⁴ Glazier HR, Tepper J, Agha MM et coll. « Primary care in disadvantaged populations, Chapter 8 » dans: Jaakkimainen L, Upshur R, Schultz S et coll. « Primary Care in Ontario », Institut de recherche en services de santé, août 2006.

Trouvé à : http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=18&org_id=678&morg_id=08&sec_id=08&item_id=36558&type=atlas, Consulté le 9 septembre 2006.

¹⁰⁵ Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. (2006) « Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey », American Journal of Public Health; 96: 1300-1307.



- les nouveaux immigrants sont presque deux fois et demie plus susceptibles de déclarer accéder difficilement à des soins urgents pour des problèmes mineurs¹⁰⁶. Cette situation tend à s'améliorer après cinq à 10 ans de vie au Canada¹⁰⁷.
- Les immigrants sont plus susceptibles de déclarer que leurs besoins en soins de santé ne sont pas satisfaits¹⁰⁸.
- Les immigrants sont plus susceptibles d'exprimer des inquiétudes à propos de la qualité des soins qu'ils reçoivent¹⁰⁹. Il n'est pas évident de savoir si les services sont plus mauvais ou simplement perçus comme tels.

Au vu de ces données, nous devons prendre rapidement des mesures afin d'aider les néo-Canadiens à se lier au système de santé de manière à ce qu'ils puissent obtenir les soins dont ils ont besoin.

Les tout nouveaux immigrants, qui sont au Canada depuis moins de trois mois, doivent faire face à un obstacle supplémentaire. L'Ontario est l'une des quatre provinces qui imposent une période d'attente de trois mois aux nouveaux arrivants pour obtenir la couverture de l'assurance-santé provinciale¹¹⁰. Pendant cette période, les réfugiés sont admissibles à la couverture fournie par le Programme fédéral de santé intérimaire¹¹¹, mais celui-ci couvre principalement les soins d'urgence pour les maladies graves et pas les soins courants.

En plus des immigrants qui sont dans leur période d'attente de trois mois, il existe vraisemblablement entre 50 000 et 200 000 personnes au Canada qui n'ont pas de statut juridique

— et environ la moitié d'entre elles vivent à Toronto¹¹². Certains soins sont fournis aux patients non assurés par les centres de santé communautaire de l'Ontario et par au moins un hôpital. Les centres de santé communautaire dispensent des soins gratuits aux patients non assurés et disposent de faibles budgets pour payer des services externes comme les laboratoires, l'imagerie médicale ainsi que les soins spécialisés et hospitaliers. Cependant, ils affirment être submergés par les demandes et devoir souvent faire des choix difficiles en ce qui concerne les personnes qui recevront des soins¹¹³. L'Hôpital de Scarborough a créé une clinique gratuite pour les immigrants et les réfugiés en 2000¹¹⁴. La clinique a enregistré 7 000 visites pour 2 000 patients originaires de 85 pays différents; un tiers de ces patients recherchaient des soins pendant la période d'attente obligatoire de trois mois précédant l'admissibilité à l'Assurance-santé de l'Ontario. Presque 90 pour cent d'entre eux étaient des immigrants admis ou en attente d'une décision relative à leur statut.

AXÉ SUR LE PATIENT

L'expression « axé sur le patient » désigne des soins adaptés aux besoins et aux préférences du particulier. Les nouveaux immigrants et les personnes issues de cultures non européennes peuvent avoir des difficultés pour obtenir des soins si leurs valeurs culturelles diffèrent de la culture dominante du système de santé¹¹⁵. Des approches culturelles différentes à l'égard de la maladie par les patients et les praticiens peuvent entraîner une confusion sur l'origine de la maladie, sa description et le traitement approprié¹¹⁶.

¹⁰⁶ Sanmartin C et Ross N. (2006) « Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada », *Politiques de santé*; 1(2): 103-119.

¹⁰⁷ Leduc N et Proulx M. (2004) « Patterns of health services utilization by recent immigrants », *Journal of Immigrant Health*; 6: 15-27.

¹⁰⁸ Wu Z, Penning MJ et Schimmler CM. (2005) « Immigrant status and unmet health care needs », *Revue canadienne de santé publique*; 96: 369-373.

¹⁰⁹ Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. (2006) « Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey », *American Journal of Public Health*; 96: 1300-1307.

¹¹⁰ La Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick ont également une période d'attente de trois mois. Il en est de même pour le Québec, mais la période d'attente peut être annulée sur demande avec la preuve qu'il existe un besoin. Right to Health Care Action Coalition. Document de politique sur la période d'attente obligatoire de trois mois précédant l'admissibilité à l'Assurance-santé de l'Ontario — ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, septembre 2006. Trouvé à : <http://www.cic.gc.ca/francais/vivre/bienvenue/bien-06.html>. Consulté le 13 novembre 2006.

¹¹¹ Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration. Trouvé à : <http://www.cic.gc.ca/francais/demandes/guides/5568FTOC.html>. Consulté le 11 novembre 2006.

¹¹² Ontario Council of Agencies Serving Immigrants. « The regularization of non-status immigrants in Canada 1960-2004: Past policies, current perspectives, active campaigns ». Trouvé à : http://www.ocasi.org/STATUS/Regularization_booklet.pdf. Consulté le 23 septembre 2006.

¹¹³ Women's Health in Women's Hands Community Health Centre, Centre de santé communautaire de Davenport Perth, Centre de santé communautaire de Rexdale, communication personnelle, octobre 2006.

¹¹⁴ Caulford P et Vali P. (2006) « Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees », *Journal de l'Association médicale canadienne*; 174: 1253-1254.

¹¹⁵ Oxman-Martinez J et Hanley J. « Services médicaux et sociaux pour la population multiculturelle du Canada : les défis de l'équité ». Canada Citizenship and Immigration. Dans « Servir la population multiculturelle du Canada de demain : documents de discussion », 2005. Trouvé à : http://www.pch.gc.ca/multi/canada2017/PDFs/document_L.pdf. Consulté le 20 novembre 2006.

¹¹⁶ Anderson, J. M. (1986) « Ethnicity and illness experience: Ideological structures and the health care delivery system », *Social Science and Medicine*, 22: 1277-83; Oxman-Martinez J, Hanley J. « Services médicaux et sociaux pour la population multiculturelle du Canada : les défis de l'équité ». Canada Citizenship and Immigration, 2004. Trouvé à : http://www.pch.gc.ca/progs/multi/canada2017/4_Lcfrn. Consulté le 20 novembre 2006.

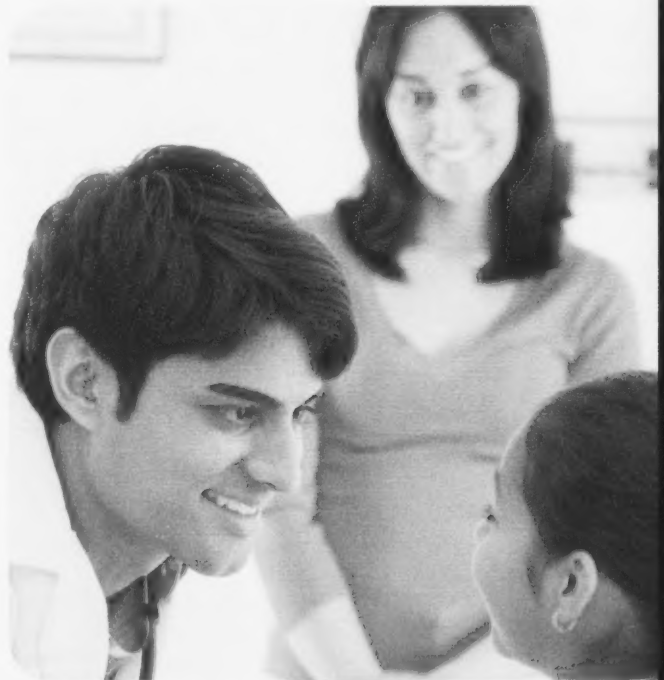
Le manque de compétences linguistiques constitue un autre obstacle sérieux aux services de santé¹¹⁷. Selon les prévisions, le pourcentage de Canadiens dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français, qui était de 17 pour cent en 2001, devrait se situer quelque part entre 21 et 25 pour cent en 2017¹¹⁸. Lorsque les patients et les fournisseurs de soins ne parlent pas la même langue, des erreurs de diagnostics peuvent survenir ou les patients peuvent recevoir moins de soins¹¹⁹. Quelquefois, les organismes gouvernementaux ou communautaires fournissent des services d'interprétation mais les établissements de soins de santé comptent souvent sur des interprètes non professionnels comme des membres du personnel de l'hôpital ou des membres de la famille¹²⁰ du patient, ce qui peut compromettre la vie privée du patient et sous-entendre que des personnes détiennent des renseignements médicaux personnels sur le patient.

Les membres de différentes communautés ethnoculturelles nous ont affirmé que la qualité des soins est meilleure lorsque le fournisseur de soins parle leur langue et comprend leur culture. Par exemple, les nouveaux immigrants souffrant de diabète peuvent mieux gérer leur maladie s'ils comprennent quels aliments ils doivent éliminer de leur régime alimentaire habituel. Beaucoup de professionnels de la santé formés à l'étranger ont immigré au Canada et pourraient être extrêmement utiles aux membres de leur communauté ethnique s'ils pouvaient travailler dans leur domaine de compétence mais ils découvrent souvent que leurs diplômes ne sont pas reconnus au Canada¹²¹. Cependant, cette situation s'améliore. En 2005 et en 2006, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a délivré plus de permis d'exercer la médecine à des personnes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger qu'à des personnes ayant obtenu leur diplôme au Canada¹²². Les plus grands nombres de permis ont été délivrés à des personnes originaires de l'Inde, d'Égypte, du Royaume-Uni, d'Afrique du Sud et du Pakistan¹²³.

D'autres progrès ont été réalisés vers le développement de programmes conçus pour les personnes de différents milieux culturels et ethniques. Le travail du Centre de toxicomanie et de santé mentale est décrit au début de la partie 3.5 et celui

du Access Alliance Multicultural Community Health Centre est présenté plus loin. Un autre programme remarquable – le programme sur le diabète des Latino-Américains du London InterCommunity Health Centre – est décrit dans la partie 5.2.2.

Le modèle de soins pour malades chroniques, décrit dans la partie 5.2, est utilisé pour repérer les possibilités d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Il peut également servir à identifier les éléments qui entravent ou facilitent l'accès aux soins des populations ethnoculturelles et des autres groupes vulnérables. Le but du modèle de soins pour malades chroniques est de créer des interactions entre un patient actif et informé (ainsi que sa famille) et une équipe de praticiens proactifs et préparés, et de reconnaître l'influence des facteurs liés au patient et à sa famille, au système de santé et à la collectivité.



¹¹⁷ Oxman-Martinez J et Hanley J. « Services médicaux et sociaux pour la population multiculturelle du Canada : les défis de l'équité ». Canada Citizenship and Immigration. Dans « Servir la population multiculturelle du Canada de demain : documents de discussion », 2005.

Trouvé à : http://www.pch.gc.ca/multi/canada2017/PDFs/document_f.pdf. Consulté le 20 novembre 2006.

¹¹⁸ « Projections de la population des groupes de minorités visibles, Canada, provinces et régions, 2001-2017 » N° au catalogue : 91-541-XIE, Statistique Canada, 2005.

¹¹⁹ Oxman-Martinez J et Hanley J. « Services médicaux et sociaux pour la population multiculturelle du Canada : les défis de l'équité ». Canada Citizenship and Immigration. Dans « Servir la population multiculturelle du Canada de demain : documents de discussion » 2005.

Trouvé à : http://www.pch.gc.ca/multi/canada2017/PDFs/document_f.pdf. Consulté le 20 novembre 2006; Smedley BD, Stith AY et Nelson AR Réd. (2003).

« Unequal Treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care ». Washington DC, The National Academies Press.

¹²⁰ Weerasinghe S et Williams LS « La santé et les intersections de la diversité : un document de réflexion sur les problématiques entourant les programmes, les politiques publiques et la recherche dans le domaine de la santé ». Document présenté lors du Séminaire sur les intersections de la diversité, Niagara Falls, Canada - 2003.

¹²¹ Ornstein M. « Ethno-racial groups in Toronto, 1971-2001: A demographic and socio-economic profile ». Institut de recherche sociale - Université York. 2006. Trouvé à : http://www.ist.yorku.ca/download/Ornstein-Ethno-Racial_Groups_in_Toronto_1971-2001.pdf. Consulté le 12 juillet 2006.

¹²² « College issues most licenses in two decades. » Trouvé à : www.cpso.on.ca. Consulté le 14 décembre 2006.

¹²³ « CPSO Registration Statistics », 2005. Trouvé à : www.cpso.on.ca. Consulté le 14 décembre 2006.

L'Access Alliance Community Health Centre de Toronto travaille auprès des communautés ayant des besoins importants, en particulier les nouveaux immigrants et les réfugiés. Ses programmes utilisent et mettent à profit les services communautaires et les réseaux de quartiers existants. Ces réseaux, avec les médias locaux et ethniques, sont utilisés pour embaucher des travailleurs d'approche au sein des populations visées – beaucoup ont une formation universitaire et certains sont des professionnels de la santé qualifiés. Les travailleurs d'approche sont rémunérés pendant leur formation de trois mois puis se voient proposer un contrat de trois ans; 80 % de ces personnes trouvent un nouvel emploi à l'issue de leur travail avec le Centre. Les fournisseurs locaux de services sociaux fournissent une base pour les travailleurs d'approche. Le Centre et les travailleurs d'approche identifient les lacunes dans la collectivité puis travaillent avec les ressources locales afin de les combler. Les travailleurs d'approche et le personnel du Centre peuvent fournir jusqu'à 20 programmes d'éducation, dont six sur le rôle parental. Ils aident également les cliniques pour les enfants et les femmes qui sont gérées dans la collectivité par une infirmière praticienne et des diététistes. Les participants aux programmes sont aiguillés par les organismes locaux ou arrivent directement des communautés cibles. Les travailleurs d'approche recensent les organismes communautaires et contactent les clients potentiels dans des lieux de rassemblement locaux comme les bibliothèques, les lieux de culte et les centres commerciaux. Ils fournissent également des renseignements et des aiguillages vers des services adaptés sur le plan culturel, des services d'interprétation et des services d'accompagnement aux rendez-vous avec des professionnels de la santé et des services sociaux.

ÉLABORER DES SOINS ADAPTÉS SUR LE PLAN CULTUREL

Les chercheurs américains Brach et Fraser affirment que l'expression « *soins adaptés sur le plan culturel* » signifie que les organismes et les professionnels travaillent efficacement dans les situations interculturelles. Ils indiquent que les organismes de santé doivent posséder neuf « savoir-faire culturels » : services d'interprétation, politiques d'embauche et de maintien en poste, formation, coordination avec les guérisseurs traditionnels, recours aux agents de santé communautaires, promotion de la santé adaptée sur le plan culturel, implication de la famille et des membres de la communauté, immersion dans une autre culture et adaptation administrative et organisationnelle¹²⁴. Selon eux, des soins adaptés sur le plan culturel améliorent la qualité des soins et donc leur durabilité économique¹²⁵. Une récente étude américaine a montré que les organismes de santé ayant les niveaux les plus élevés d'adaptation culturelle avaient six fois plus de chances de fournir aux enfants d'excellents soins pour l'asthme que les établissements ayant le plus faible niveau d'adaptation culturelle¹²⁶.

Le United States Office for Minority Health a défini des normes nationales sur le savoir-faire culturel. Les organismes de la santé financés par le gouvernement fédéral doivent

posséder des services d'interprétation, un affichage et des documents d'information adaptés à la culture des clients¹²⁷. L'Office a également recommandé des normes aux organismes d'agrément locaux et fédéraux pour leurs évaluations. Le Conseil canadien d'agrément des services de santé affirme qu'il est nécessaire d'inclure différents groupes de population dans la planification des services et de respecter les patients et de renforcer leur autonomie. Community Organizational Health Inc., qui gère les agréments des centres de santé communautaire de l'Ontario, indique que les bons organismes ne laissent pas l'appartenance ethnique, la race et d'autres facteurs faire obstacle aux services¹²⁸ mais ne fournit pas de détails plus précis sur ce qu'est le savoir-faire culturel.

ENVISAGER L'AVENIR

L'équité semble devenir une plus grande priorité dans le système de santé de l'Ontario. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a diffusé l'ébauche de ses orientations stratégiques en juin 2006¹²⁹. Deux de ses buts concernent l'équité – l'un parle de « améliorer la santé de l'ensemble des Ontariens, notamment des groupes qui présentent le plus mauvais état de santé », et l'autre indique que « les Ontariennes et les Ontariens auront un accès

¹²⁴ Brach C et Fraser I. (2000) « Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model », *Medical Care Research and Review*, 57(1): 181-217.

¹²⁵ Brach C et Fraser I. (2002) « Reducing disparities through culturally competent health care: An analysis of the business case », *Quality Management in Health Care*, 10(4): 15-28.

¹²⁶ Lieu TA, Finkelstein JA, Lozano P et coll. (2004) « Cultural competence policies and other predictors of asthma care quality for medicaid-insured children », *Pediatrics*, 114: e102-e110. Trouvé à : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/114/1/e102>. Consulté le 12 octobre 2006.

¹²⁷ « National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) », US Office of Minority Health. Trouvé à : <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=15>. Consulté le 19 octobre 2006.

¹²⁸ « Bâtir des organismes plus sains », manuel 2005, Santé des organismes communautaires. Trouvé à : <http://cohi-soci.ca/>.

¹²⁹ Smitherman G. « Draft Ministry of Health and Long-Term Care strategic directions », 29 juin 2006. Trouvé à : http://www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives/hu_06/hu_1.htm_letter_062906.pdf. Consulté le 29 octobre 2006.

équitable aux soins et aux services de santé dont ils ont besoin indépendamment de leur lieu de résidence et de leur statut social, économique et culturel ».

Nous avons été invités à surveiller l'attention portée à cette question dans les plans d'intégration des services de santé rédigés par les 14 RLIS de l'Ontario. Les premiers plans ont été publiés en novembre 2006 et deux réseaux ayant des taux particulièrement élevés de nouveaux immigrants ont choisi la diversité comme clé de voûte du changement de leur système. Le RLIS du Centre, qui compte le taux le plus élevé d'immigrants de toute la province¹⁰⁰, va créer un groupe consultatif sur la planification et la mise en œuvre de la diversité. Le RLIS du Centre-Ouest¹⁰¹ a fait de la sensibilité à la diversité culturelle l'une des trois grandes priorités pour ses services.



3.6 EFFICIENT

« On devrait constamment chercher des moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé. »

Les soins de santé sont coûteux et il ne faut pas gaspiller de l'argent qui pourrait être utilisé pour améliorer la santé des gens. Lorsque nous parlons d'efficacité dans les soins de santé, nous entendons tous les moyens grâce auxquels

chaque hôpital, foyer de soins de longue durée, centre de soins communautaires ou autre organisme de soins de santé pourrait faire davantage avec ce dont il dispose. Il s'agit notamment d'utiliser toutes leurs ressources de manière à en réaliser le plein potentiel. Le potentiel de l'information, en particulier, est souvent sous-utilisé. Pour le moment, nous avons choisi deux mesures afin de nous faire une idée de la manière dont un système efficace pourrait fonctionner, et nous les avons comparées au rendement actuel. Ces deux mesures – les soins d'urgence et les séjours plus longs que nécessaire dans les hôpitaux de soins actifs – permettent de déterminer si les ressources hospitalières sont utilisées de manière inappropriée et de quelle manière le système pourrait devenir plus efficace grâce à une meilleure intégration des soins de santé.

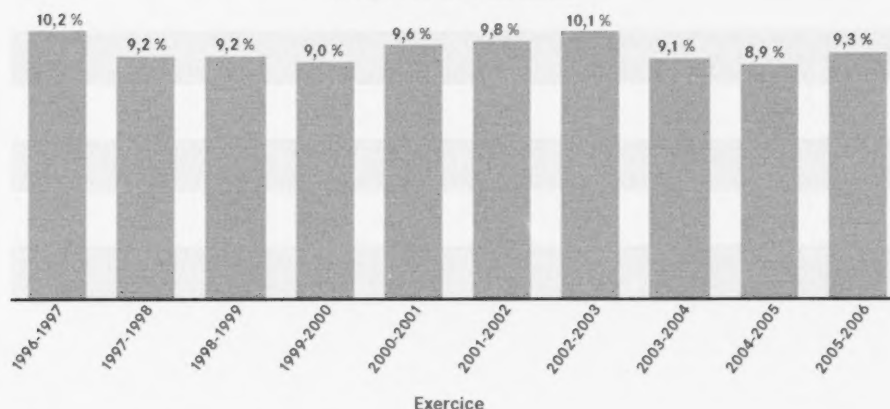
Les hôpitaux sont des organisations complexes et coûteuses et leurs salles d'urgence sont surtout conçues pour traiter des affections ou des lésions urgentes, menaçant le pronostic vital, qui ne peuvent être traitées ailleurs. Les organismes de soins communautaires et les foyers de soins de longue durée consomment moins de ressources et sont en général moins coûteux. Pour parvenir à une plus grande efficacité, le système de santé devrait traiter les affections bénignes dans des milieux de soins communautaires et de soins primaires plutôt que dans les services d'urgence. En outre, il est tout aussi important que les hôpitaux puissent donner congé à leurs patients dès qu'ils sont prêts à recevoir des soins dans la communauté ou dans des établissements de soins chroniques ou de longue durée, plutôt que de prolonger leur séjour dans de coûteux lits de soins actifs alors qu'ils



¹⁰⁰ Le RLIS du Centre englobe la partie nord de Toronto, la majorité de la région de York et une partie du Sud du comté de Simcoe. Quarante-six pour cent de ses résidents sont des immigrants et 37 pour cent font partie de minorités visibles.

¹⁰¹ Le RLIS du Centre-Ouest englobe tout le comté de Dufferin, la partie nord de la région de Peel, une partie du Nord-Ouest de Toronto et une partie du Sud-Ouest de la région de York. Quarante pour cent de ses résidents font partie de minorités visibles, avec des taux plus élevés dans les zones urbaines couvertes par le RLIS.

**Journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être
fourni un autre niveau de soins dans les hôpitaux ontariens
1996-1997 à 2005-2006**



Source : Bilan du système de santé de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006. Données provenant de la Base de données provinciale pour la planification des services de santé (version 16,10) (MSSLD) et de la Base de données sur les congés des patients (ICIS)¹⁵².

n'ont pas besoin de ces services de haut niveau. Ces deux stratégies permettraient de réduire les coûts de l'ensemble du système de santé.

Le temps passé par les patients dans des lits d'hôpitaux de soins actifs lorsqu'ils n'ont plus besoin de ce niveau de soins s'appelle «journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins». Si notre système était correctement intégré et si un lit offrant le niveau approprié de soins était toujours disponible, les patients prêts à recevoir un autre niveau de soins ne prolongeraient plus leur séjour dans les lits d'hôpitaux. Ceux-ci, ainsi que les ressources physiques et humaines qui y sont attachées, seraient utilisés avec la plus grande efficacité possible.

Réduire le nombre de journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins représente une priorité du système de santé depuis au moins 10 ans. Toutefois, comme notre tableau le montre, le pourcentage en est resté relativement constant – entre 9 et 10 pour cent – depuis 1996-1997. Autrement dit, près de 10 pour cent des lits d'hôpitaux en Ontario sont occupés par des personnes qui n'ont pas besoin d'un niveau de soins aussi élevé. Depuis cinq ans, l'Ontario a créé 19 000 nouveaux lits des soins de longue durée, mais parfois, les seuls lits disponibles sont éloignés des patients qui en ont besoin. Il est difficile de trouver une solution à ce problème, entre autres parce que

les hôpitaux ne signalent pas de quel niveau de soins ont besoin les patients qui attendent de quitter des lits de soins actifs. Il est donc difficile de déterminer le meilleur moyen de mettre fin à ce gaspillage des ressources hospitalières.

Les salles d'urgence sont conçues pour les personnes qui ont un besoin immédiat de soins, mais beaucoup de gens s'y rendent pour faire traiter des affections ou des lésions beaucoup moins graves. Selon une récente étude menée en Ontario, les patients moins gravement atteints ne prolongent pas le temps d'attente des patients plus sérieusement malades¹⁵³, mais il serait préférable qu'ils soient pris en charge dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital. Afin de mesurer l'efficacité des salles d'urgence, nous avons étudié quelques affections qui pourraient probablement avoir été traitées dans la plupart des cas par des fournisseurs de soins primaires dans la communauté. Il s'agissait notamment des infections de l'oreille et de l'œil et des rhumes de poitrine.

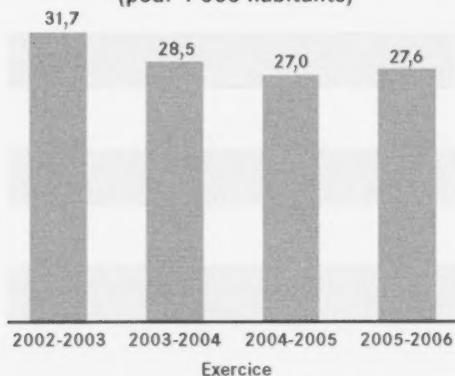
Nous avons constaté que 28 visites sur 1 000, soit 2,8 pour cent, auraient pu être évitées car elles étaient motivées par des états non urgents qui auraient pu être traités en services de soins primaires. Cette proportion est restée relativement constante depuis deux ans. Il est irréaliste d'espérer réduire cette proportion à zéro car il y aura toujours des cas où les salles d'urgence auront à fournir des soins non urgents. Dans certaines régions rurales, par exemple, certains

¹⁵² La définition des journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins varie d'un hôpital à l'autre. Beaucoup de fournisseurs de soins de santé signalent une certaine confusion quant au moment auquel le patient commence « officiellement » la phase de soins postactifs et se situe dans la période d'hospitalisation pour laquelle pourrait être fourni un autre niveau de soins, ce qui entraîne des surestimations et des sous-estimations. Le graphique ne tient pas compte des nouveau-nés.

¹⁵³ Schull M, Kiss A et Szalai J-P. (2006) The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med*; publication électronique (en avance de l'impression). Trouvé à : http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=18&org_id=77&item_id=3838&morg_id=0&gsec_id=3838.

Personne ne veut passer à l'hôpital plus de temps qu'il n'est indispensable. Grey Bruce Health Services a donc entrepris de réduire le nombre de jours que les patients passaient dans des lits d'hôpitaux coûteux, alors qu'ils pourraient recevoir des soins aussi efficaces et plus efficaces ailleurs, en général dans un établissement de soins de longue durée, par exemple. L'hôpital a collaboré avec le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de Grey-Bruce en vue d'améliorer les processus et la communication entre les deux organismes. Le personnel de l'hôpital trouvait que les formulaires qu'il fallait remplir pour transférer les patients dans les foyers de soins étaient trop compliqués, et que le CASC prenait trop longtemps pour trouver de nouveaux placements pour les patients. Inversement, le personnel du CASC trouvait que l'hôpital ne remplissait pas correctement les formulaires de transfert et n'informait pas les patients des conséquences d'un transfert en soins de longue durée. Une équipe conjointe s'est attaquée au problème sous plusieurs angles, dans un esprit de collaboration. Un dépliant à l'intention des patients et de leurs familles a été rédigé afin d'expliquer les conséquences du transfert aux soins de longue durée; une trousse d'information a également été préparée à l'intention du personnel hospitalier sur l'accompagnement des patients en transition vers les soins de longue durée. De nouveaux formulaires plus simples ont été créés et le personnel de l'hôpital et du CASC a pu assister à des séances de formation sur les nouveaux outils et processus. Le délai d'attente avant le transfert de l'hôpital à un établissement de soins de longue durée a donc été réduit en moyenne de deux jours.

Visites à l'urgence motivées par certaines affections qui auraient pu être prises en charge ailleurs, 2002-2003 à 2005-2006 (pour 1 000 habitants)



Source : Bilan du système de santé de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006. Données provenant du Système national d'information sur les soins ambulatoires (ICIS) et de la Base de données provinciale pour la planification des services de santé (MSSLD)¹³⁴.

médecins pratiquent à partir de l'urgence et il existe peu d'autres sources de soins. Le COQSS estime que les équipes Santé familiale et les autres réformes des soins primaires permettront d'offrir d'autres niveaux de soins

hors des heures normales de travail, afin de réduire le nombre de visites à l'urgence pour le traitement d'affections bénignes. Déjà, le nombre de visites chez le médecin hors des heures normales de bureau est passé de 750 000 en août 2004 à 5 millions en août 2006¹³⁵.

3.7 ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

« Le système de soins de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens. »

Pour donner de bons résultats, un système de santé doit posséder la bonne quantité et la bonne gamme de ressources. Nous avons étudié trois catégories particulièrement critiques pour les soins de haute qualité :

- ressources financières;
- ressources humaines;
- ressources en gestion de l'information.

¹³⁴ Sont exclues les personnes âgées de moins d'un an ou de plus de 74 ans; admises à l'hôpital dès leur arrivée à l'urgence; ou classées au niveau I, II ou III (réanimation, très urgent ou urgent) de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG). Les affections prises en compte comprennent l'otite moyenne, la cystite, la conjonctivite et les infections des voies respiratoires hautes, considérées comme des affections courantes et fréquentes.

¹³⁵ Équipe des résultats en matière de santé – Deuxième rapport annuel 2005-2006, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, octobre 2006.

3.7.1 Ressources financières

Il est relativement facile d'examiner combien nous dépensons pour les soins de santé en Ontario, à quelle vitesse les dépenses augmentent, quel est l'objet de ces dépenses et si nous dépensons plus ou moins que d'autres provinces. Il est beaucoup plus difficile de déterminer dans quelle mesure nos dépenses sont optimales. On estime que les dépenses de toute provenance – gouvernements provincial, fédéral et municipaux, assureurs privés et particuliers – se montaient à 60,4 milliards de dollars¹³⁶ en 2006. Le gouvernement provincial en assume la plus grande part, soit 37 milliards de dollars ou plus de 60 cents sur chaque dollar dépensé en matière de santé.

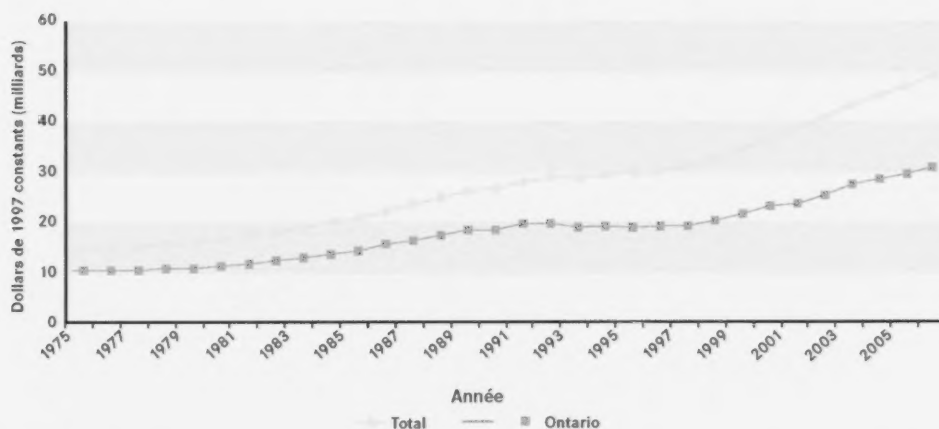
Ce total de 60 milliards de dollars représente 4 700 \$ pour chaque personne en Ontario. Les dépenses de santé ont augmenté de 3 pour cent par an en moyenne, en termes réels, depuis trois décennies (autrement dit, plus rapidement que l'inflation), mais le taux de croissance réel est encore plus élevé que cette moyenne depuis quelques années. Les soins de santé représentent une proportion croissante des dépenses totales du gouvernement, mais non pas de l'économie dans son ensemble (produit intérieur brut). Les soins de santé sont la plus grosse dépense des gouvernements provinciaux au Canada. En 2006, les dépenses de santé représentaient 44,1 pour cent du total

des dépenses de programmes du gouvernement de l'Ontario, soit la proportion la plus élevée parmi toutes les provinces¹³⁷. Le graphique suivant montre le total des dépenses de santé du gouvernement provincial entre 1975 et 2006 après ajustement pour l'inflation. Les chiffres sont en dollars de 1997.

En Ontario, la plus grande proportion des dépenses de santé du gouvernement provincial est consacrée aux hôpitaux (38 pour cent), puis aux médecins (23 pour cent). La part des hôpitaux diminue depuis des dizaines d'années; avant 1985, elle représentait plus de la moitié du budget de santé provincial. Les sommes consacrées aux médicaments (9 pour cent) et à la santé publique (8 pour cent) sont plus élevées que jamais auparavant.

Les comparaisons entre les provinces au plan des dépenses de santé devraient être basées non seulement sur les dépenses par personne, en raison de la différence démographique, mais encore sur l'âge des habitants, puisque les populations plus âgées ont davantage besoin de soins de santé. Le tableau suivant montre les dépenses de santé par habitant des gouvernements provinciaux pour 2004 (données les plus récentes disponibles), après ajustement en fonction des différences d'âge et de sexe. Les dépenses de l'Ontario, qui se montaient à 2 638 \$ par personne, étaient légèrement supérieures à la moyenne canadienne de 2 630 \$ mais

Dépenses annuelles totales de santé et dépenses de santé du gouvernement de l'Ontario, de 1975 à 2006, dollars de 1997 constants (milliards)

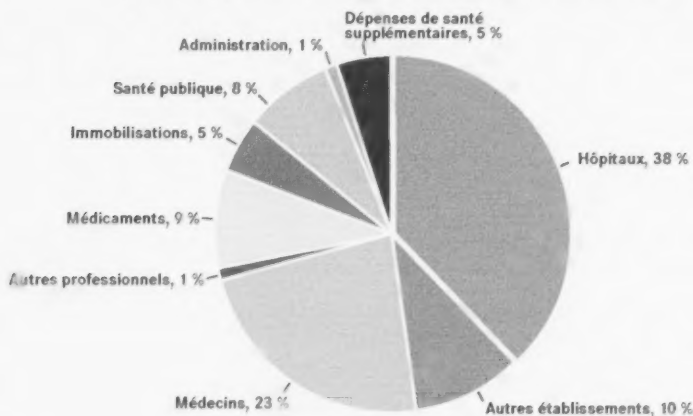


Source : Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2006, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.

¹³⁶ L'ICIS définit les dépenses en matière de santé comme étant « toutes les dépenses dont l'objectif premier consiste à améliorer ou à prévenir la détérioration de l'état de santé. » Les dépenses nationales en santé sont publiées en fonction de la responsabilité des paiements plutôt que de la source des fonds. Par exemple, les transferts fédéraux aux provinces en matière de santé sont inclus dans le secteur du gouvernement provincial puisqu'il est de la responsabilité des gouvernements provinciaux de dépenser les transferts fédéraux pour les services de santé.

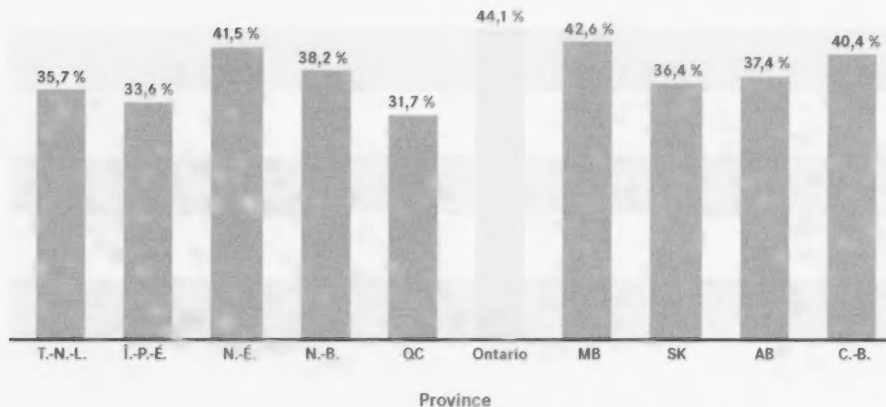
¹³⁷ Les dépenses du gouvernement de l'Ontario en matière de soins de santé comprennent : toutes les dépenses du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les dépenses du ministère des Services sociaux et communautaires en matière de médicaments et de services résidentiels et de soutien, et les dépenses du ministère du Travail en matière de santé et sécurité au travail. Les dépenses de programmes du gouvernement de l'Ontario excluent l'intérêt sur la dette et les immobilisations.

Distribution (en pourcentages) des dépenses de santé du gouvernement de l'Ontario, 2006-2007, selon la destination des fonds



Source : Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2006, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.

Proportion des dépenses totales de santé par rapport aux dépenses totales de programmes, par province, 2005

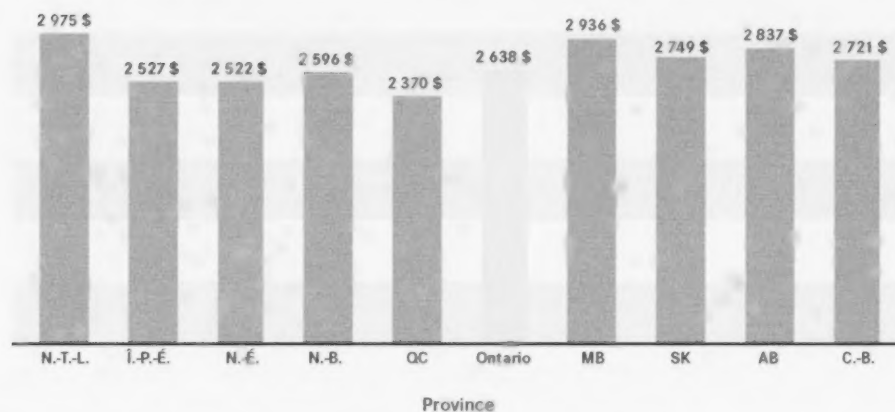


Source : Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2006, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.

inférieures à celles de toutes les autres grandes provinces. Toutefois, des provinces qui ont des systèmes très différents peuvent afficher des niveaux de dépenses pratiquement identiques. En effet, certains services sont financés par les deniers publics dans certaines provinces mais non dans d'autres, et le coût des services peut également varier sensiblement (par exemple, le personnel non syndiqué des foyers de soins gagne beaucoup moins que le personnel syndiqué).

Il n'existe aucun niveau idéal de dépenses de santé du gouvernement. La situation géographique et la densité de population affectent l'efficacité de la prestation des soins de santé, et des facteurs comme la prévalence des maladies chroniques et le comportement individuel (tabagisme, usage de la ceinture de sécurité) influencent le besoin de services de santé. La répartition entre services payés par les deniers publics et services payés à titre privé affecte également

**Estimation des dépenses totales de santé des gouvernements provinciaux
selon l'âge et le sexe, par province, 2004 – dollars actuels**



Source : Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2006, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.

les dépenses du gouvernement. L'Organisation de coopération et de développement économiques regroupe 30 des nations les plus riches du monde. Le Canada se classe dans la moitié supérieure des pays de l'OCDE en ce qui concerne les dépenses de santé publique par habitant, au-dessous des États-Unis, de la France et de l'Allemagne mais au-dessus de l'Australie et du Japon¹³⁸.

En considérant l'optimisation des dépenses de santé, il faut se rappeler que même si les Canadiens à revenu plus faible reçoivent davantage de soins que les Canadiens à revenu élevé, leur état de santé global est moins bon que celui de ces derniers¹³⁹. Autrement dit, les dépenses par habitant ne sont pas très révélatrices en ce qui concerne la santé. C'est pourquoi on considère de plus en plus l'importance des dépenses de santé sous l'angle des résultats des soins que nous dispensons, et de l'état de santé global de la population. Lorsque nous pourrions mieux mesurer ces éléments, nous saurons mieux dans quelle mesure nous dépensons judicieusement notre budget de santé en Ontario.

3.7.2 Ressources humaines dans le domaine de la santé

Le mandat confié par la législature au Conseil ontarien de la qualité des services de santé prévoit que nous présentions

chaque année un rapport sur les ressources humaines dans le système de soins de santé financé par les deniers publics¹⁴⁰. Selon nos discussions avec les Ontariens en cours d'année, les rapports dans la presse et les études de recherche¹⁴¹, l'accès aux médecins et aux services infirmiers dans la province représente une préoccupation de taille. Dans notre premier rapport, nous annoncions que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avait fixé un certain nombre d'objectifs pour les initiatives de ressources humaines dans le domaine de la santé¹⁴² et identifié l'accès aux médecins, aux services infirmiers et aux autres professionnels de la santé¹⁴³ comme étant l'une de ses trois priorités pour le système de santé. Quels progrès ont été accomplis depuis un an?

Dans le cadre de son action en matière de ressources humaines, le ministère a lancé la stratégie ProfessionsSantéOntario en mai 2006, afin de « doter l'Ontario du bon nombre et du bon type de fournisseurs de soins de santé possédant une formation adéquate, à l'endroit et au moment où ils sont nécessaires, pour répondre aux besoins de l'Ontario – aujourd'hui et dans l'avenir ». Cette stratégie pluriannuelle est dotée d'un site Web (<http://www.professionssanteontario.ca>) qui propose entre autres des centaines d'annonces d'emplois pour les infirmières et les médecins partout en Ontario ainsi que des renseignements à l'intention des étudiants et

¹³⁸ Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2006, Institut canadien d'information sur la santé, (Ottawa : 2006), p. 47.

¹³⁹ Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : orientations de politiques et activités recommandées, décembre 2004. Trouvé à : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/dr_policy_f.html.

¹⁴⁰ Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé, L.O. 2004, alinéa 4 a) (ii).

¹⁴¹ Quelques exemples : ICES Primary Care Atlas, chapitres 11 et 12, parution le 23 novembre 2006; enquête sur la profession menée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario; étude de l'ICIS sur le personnel infirmier.

¹⁴² Jeter les fondations du changement : Rapport intermédiaire sur les initiatives en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé et des ressources humaines en Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, décembre 2005.

¹⁴³ Les trois priorités pour l'amélioration de la santé globale et de la qualité des soins sont : 1) réduire les temps d'attente, 2) assurer un meilleur accès aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé; 3) maintenir les Ontariens en bonne santé. Le plan du changement. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Trouvé à : <http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/indexf.html>. Consulté le 4 novembre 2006.

les professionnels de la santé qui envisagent de s'installer dans la province. Les communautés ontariennes à la recherche de médecins peuvent également s'y inscrire.

Il n'y a pas de réponse simple pour les problèmes de ressources humaines dans le domaine de la santé. La population et son état de santé global peuvent différer beaucoup d'une région à l'autre, ce qui signifie qu'il faut des groupes différents de services et de professionnels dans certaines localités et certains quartiers par rapport à d'autres. En outre, le « champ d'exercice » de chaque profession, qui définit ce que ses membres sont autorisés à faire, est strictement réglementé. La réglementation précise quels actes seuls les médecins sont autorisés à accomplir, lesquels sont réservés aux différents types d'infirmières, lesquels aux pharmaciens, et ainsi de suite. Ceci peut aggraver les problèmes entraînés par les pénuries de personnel. Le nombre d'infirmières autorisées nécessaire, par exemple, dépend des tâches additionnelles qu'elles peuvent entreprendre et des autres tâches déléguées aux infirmières auxiliaires.

Les pistes de réforme du système de santé que nous choisissons contribuent également à déterminer de quels professionnels de la santé nous avons besoin. Si des infirmières prenaient en charge dans la communauté la plupart des patients atteints de maladies chroniques, comme c'est le cas en Grande-Bretagne, le nombre de médecins et d'infirmières dont nous avons besoin dans les soins primaires ne serait plus le même¹⁴⁵.

Au fur et à mesure que nous créons davantage d'équipes Santé familiale, au sein desquelles des groupes de professionnels différents collaborent à la prestation des soins primaires, il nous faudra une gamme de personnel différente de celle qui existait dans le système traditionnel, basé sur les soins dispensés par les médecins. Ceci exigera de repenser la formation et le mentorat. Déjà, on encourage les soins multidisciplinaires en dispensant une formation conjointe à des étudiants issus de différentes disciplines de la santé. Le ministère a pris l'engagement de soutenir la formation interprofessionnelle et de créer un

comité directeur chargé de mettre au point un modèle d'année de formation commune pour les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé.

Il existe toutefois trois ingrédients essentiels pour améliorer la situation en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario :

- une *offre* accrue de professionnels de la santé en Ontario, grâce à un développement de la formation et de l'autorisation de pratique des nouveaux professionnels et à une meilleure rétention de ceux qui sont déjà en place;
- une *répartition* appropriée des professionnels dans toute la province, et non pas seulement dans les grandes villes;
- une *gamme* appropriée de professionnels de la santé.

Le simple fait d'augmenter l'offre de professionnels n'améliorera pas l'accès de la plupart des Ontariens aux services de santé, à moins que des stratégies ne soient mises en œuvre pour redistribuer le personnel de santé dans les régions insuffisamment desservies. Selon les recherches récentes, il existe des différences systémiques entre les Canadiens en matière d'accès aux soins¹⁴⁶, selon leur lieu de résidence. Les régions rurales du Canada comptent 21,1 pour cent de la population mais seulement 9,4 pour cent des médecins et 2,4 pour cent des spécialistes¹⁴⁶. Paradoxalement, la proportion de Canadiens qui déclarent avoir accès à un



¹⁴⁵ Foster G, Gantley M, Feder G et Griffiths C. (2005) How do clinical nurse specialists influence primary care management of asthma? A qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*, 14(3):154-60; Bowler M. (2006) Use of community matrons for care of long-term conditions.

Nurs Times; 102(33):31-33; Astin F, Closs SJ et Lascelles M. (2005) A 21st Century approach to chronic disease management in the United Kingdom: implications for nurse education. *Contemp Nurse*, 20(2): 201-11.

¹⁴⁶ Hay D, Varga-Toth J et Hines E. (2006) Les soins de santé de première ligne au Canada : Innovations dans la prestation de soins de santé aux populations vulnérables. Rapport de recherche F63 du RCRPP. Trouvé à : <http://www.cprn.com/fr/doc.cfm?doc=1554>.

¹⁴⁷ Jong M. (2006) President's message - Growing like a weed. *Canadian Journal of Rural Medicine*; 11(3):181-2.

Nous savons, d'après les recherches, que les professionnels de la santé ont tendance à travailler là où ils ont reçu leur formation. C'est pourquoi un nouveau programme de sciences infirmières menant à un grade a été implanté dans la communauté dans le Nord de l'Ontario, une région où il est parfois très difficile d'attirer des infirmières et d'autres professionnels. Le programme, relié au Collège Confederation et à l'Université Lakehead, forme des infirmières dans des régions éloignées, en mettant l'accent sur le genre de travail qu'elles accomplissent dans les communautés du Nord, afin d'éviter le dépaysement constaté par certaines infirmières formées dans de grands hôpitaux urbains lorsqu'elles arrivent pour prendre leurs fonctions dans une région rurale ou éloignée. Le programme en est à sa troisième année et permet plus facilement aux personnes du Nord de recevoir une formation en sciences infirmières. Précédemment, il fallait pour cela se rendre au campus de Thunder Bay de l'Université Lakehead; désormais, la formation est disponible dans quatre communautés plus petites, Sioux Lookout, Fort Frances, Dryden et Kenora. Une vingtaine d'infirmières stagiaires se sont inscrites jusqu'ici et les premières doivent achever leur programme en 2008.

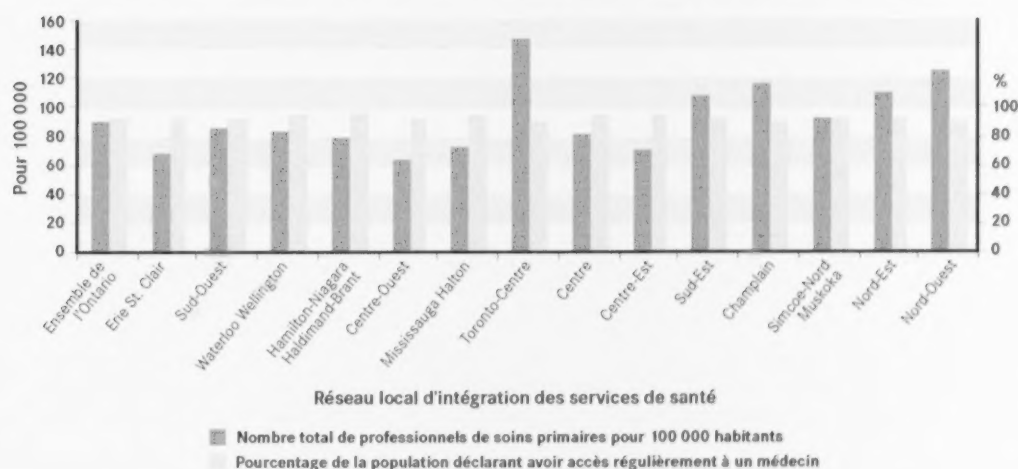
médecin de famille ne semble pas reliée au nombre de médecins dans leur région, puisque le nombre de patients qui reçoivent des soins dépend de la manière dont les cabinets sont organisés et du partage de la charge de travail entre les médecins et les autres professionnels de la santé.

Il n'est pas possible de calculer la capacité du système simplement en comptant les professionnels, puisque certains travaillent davantage d'heures et que d'autres ont un « champ d'exercice » différent du fait qu'ils se spécialisent dans certains types de patients ou d'affections. Le nombre de médecins de soins primaires reste à peu près identique globalement, mais les médecins plus jeunes travaillent moins d'heures et

reçoivent moins de patients que leurs confrères plus âgés (selon une étude menée au Manitoba, les médecins les plus actifs sont ceux âgés de 55 à 64 ans)¹⁴⁷. Selon le Sondage national auprès des médecins de 2004, beaucoup de médecins ont l'intention de réduire d'ici deux ans à la fois leur champ d'exercice et leurs heures de travail¹⁴⁸.

Même si les infirmières praticiennes de l'Ontario déclarent qu'elles exercent dans leur champ de pratique intégral dans les centres de santé communautaire¹⁴⁹, il existe de nombreux obstacles qui les empêchent de faire tout ce qu'elles sont formées pour faire et autorisées à faire¹⁵⁰. Dans plusieurs provinces, les pharmaciens cherchent à assumer un rôle

Variations dans l'offre de praticiens de soins primaires et dans l'accès régulier déclaré à un médecin, par réseau local d'intégration des services de santé, 2006



Source : Enquête sur l'accès aux soins primaires (phases 1, 2 et 3), ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006. Les données sur l'offre de médecins proviennent du Ontario Physician Human Resources Data Centre; celles sur l'offre de personnel infirmier, de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

¹⁴⁷ Watson D, Slade S, Buske L et Tepper J. (2006) Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten-year, population-based study. *Health Aff (Millwood)*; 25(6):1620-8.

¹⁴⁸ Sondage national des médecins 2004. Trouvé à : <http://www.nationalphysicianssurvey.ca/nps/home-f.asp>.

¹⁴⁹ Sidani S, Irvine D et DiCenzo A. (2000) Implementation of the primary care nurse practitioner role in Ontario. *Can J Nurs Leadersh*; 13(3):13-9.

¹⁵⁰ De Witt L et Ploeg J. (2005) Critical analysis of the evolution of a Canadian nurse practitioner role. *Can J Nurs Res*; 37(4):116-37.

plus important dans le soin des patients et la prescription, et l'Alberta et le Manitoba ont récemment élargi leurs fonctions dans ce sens. Toutefois, ces changements s'accompagnent de certaines controverses, puisque chaque profession de la santé s'oppose en général à ce que ses tâches soient partagées ou attribuées à un autre groupe.

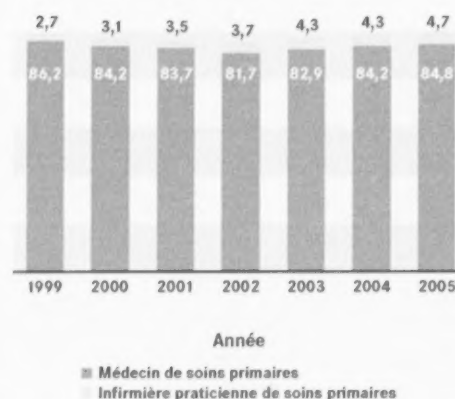
OFFRE DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN ONTARIO

L'offre de professionnels de soins primaires mesure le nombre de médecins de famille et d'infirmières praticiennes actifs pour 100 000 habitants. Il ne s'agit pas des seules personnes qui fournissent des soins primaires, mais leur effectif représente un reflet raisonnable de l'offre.

L'offre de médecins de soins primaires augmente progressivement mais n'est pas encore revenue au niveau du début des années 1990. Le nombre des infirmières praticiennes a presque doublé depuis 15 ans mais ne constitue toujours qu'une faible proportion du total.

Le nombre de places d'éducation et de formation pour la plupart des types de professionnels de la santé a augmenté en Ontario. Le tableau ci-dessous montre le nombre de places offertes aux étudiants de première année dans différentes disciplines. Il s'agit d'augmentations importantes, qui finiront par

Offre de médecins et d'infirmières praticiennes de soins primaires, de 1999 à 2005 (pour 100 000 habitants)



Source : Bulletin des résultats du système de soins de santé en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006. Les données sur l'offre de médecins proviennent du registre des médecins actifs du Ontario Physician Human Resources Data Centre; celles sur l'offre de personnel infirmier, de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2006.

compenser les pénuries, mais dont l'effet ne se fera pas sentir avant un certain temps puisqu'il faut des années pour produire un diplômé autorisé à pratiquer¹³¹.

Nombre de places de première année :	Année universitaire		Augmentation (%)
	1999-2000	2005-2006	
Médecine			
Étudiants en médecine**	532	780	47
Formation dans une spécialité ¹³² ***	530	661	25
Possibilités de formation et d'évaluation pour les diplômés en médecine de l'étranger*	24	200	733
Soins infirmiers*			
Infirmières autorisées ¹³³	3 363	3 407	1
Infirmières auxiliaires	1 308	2 129	63
Infirmières praticiennes ¹³⁴	75	100	33
Autres professions de la santé			
Pharmaciens ¹³⁵ +	120	240	100
Sages-femmes ++	38	60	58
Technologistes de laboratoire médical (places comblées)**	128	331	159
Technologues en radiation médicale (places comblées)**	279	342	23

Source : *Section des ressources humaines dans le domaine de la santé, MSSLD; **Ministère de la Formation et des Collèges et Universités *** Données du Service canadien de jumelage des résidents + Ordre des pharmaciens de l'Ontario ++ Programme de formation de sages-femmes, Université Ryerson.

¹³¹ L'effet des nouvelles places en formation aura un effet sur l'effectif dans le secteur de la santé au cours des trois à sept années à venir, selon la durée de la formation pour chaque profession; l'augmentation des places en médecine, par exemple, n'affectera le bassin de médecins disponibles que dans six ans au moins, davantage pour les spécialistes.

¹³² Diplômés des facultés de médecine canadiennes seulement.

¹³³ Puisqu'il n'existe pas de nombre fixe de places subventionnées en sciences infirmières, il s'agit du nombre de places de formation occupées.

¹³⁴ Les chiffres pour les infirmières praticiennes sont ceux des postes équivalents temps plein disponibles. Le nombre réel d'étudiantes est légèrement plus élevé puisque certaines étudient à temps partiel.

¹³⁵ Données de dates variables pour la pharmacie : l'Université de Toronto disposait de 120 places en 2000-2001, ce chiffre passant à 240 places en septembre 2006. La nouvelle faculté de pharmacie de l'Université de Waterloo ajoutera 120 places chaque année pendant quatre ans.



En 2006, les 200 postes réservés aux diplômés médicaux étrangers étaient tous occupés par des candidats admissibles, pour la première fois depuis l'expansion du programme¹⁵⁶. Des progrès sont encore attendus une fois que le centre d'évaluation des professionnels formés à l'étranger du ministère sera entièrement opérationnel début 2007. Nous avons également envisagé l'importance de ces professionnels dans la partie 3.5.2.

Les professionnels de la santé vieillissent, mais se rapprochent de l'âge de la retraite, avec le reste de la génération de l'après-guerre. L'âge moyen des médecins est passé de 49,1 ans en 2000 à 51,7 ans en 2005. Parallèlement, l'âge moyen des infirmières est passé de 44,1 ans en 2000 à 45,2 ans en 2005. Cependant, faute de données et en raison des tendances différentes en matière de retraite, nous ignorons combien de professionnels de la santé prennent leur retraite chaque année et nous ne pouvons donc savoir si les professionnels nouvellement formés sont en nombre suffisant pour les remplacer.

Certaines disciplines connaissent une pénurie de personnel particulièrement grave¹⁵⁷. Il n'existe pas suffisamment de médecins et d'infirmières formés pour la santé publique et pratiquant dans ce domaine¹⁵⁸. La santé mentale reste l'un des domaines de la santé où le manque de ressources est le plus sérieux. Il existe également des pénuries de personnel

pour les soins de santé aux Autochtones. Nous ne disposons pas de données sur la disponibilité de personnel de soins à domicile, ni sur le nombre de professionnels francophones.

Le COQSS considère que la meilleure piste pour s'attaquer à ce problème à l'échelle du système consiste à créer un organe central unique, responsable de toutes les initiatives en matière de ressources humaines et bénéficiant de l'apport expert de chaque secteur de programmes.

GAMME DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Le ministère insiste sur l'augmentation du nombre de médecins et d'infirmières, mais aussi sur la nécessité de donner aux professionnels de la santé la possibilité d'offrir au maximum les soins les plus efficaces et les plus efficaces. Par exemple, un nombre croissant de médecins collaborent avec d'autres professionnels au sein d'équipes interprofessionnelles, que nous avons évoquées au début de la partie 3.1. Les médecins travaillent également avec de nouveaux types de professionnels, qui peuvent accroître leur rayonnement en prenant en charge certaines tâches pour libérer les médecins. Il s'agit entre autres des auxiliaires médicaux, des infirmières endoscopistes, des premiers assistants en chirurgie, des radiothérapeutes spécialistes cliniques et des auxiliaires en anesthésie.

Le ministère a également revu le champ de pratique des professionnels de la santé. Cette revue a débouché sur un certain nombre de recommandations quant à l'utilisation la plus efficace des compétences des professionnels de la santé, par exemple en donnant aux pharmaciens et aux optométristes l'autorisation de prescrire des médicaments dans certaines limites¹⁵⁹. Le même rapport propose également la réglementation de quatre autres groupes de professionnels de la santé : les naturopathes, les homéopathes, les kinésiologues et les psychothérapeutes¹⁶⁰. Des modifications législatives ont été présentées à la mi-décembre 2006 en vue de modifier les champs de pratique existants et d'accroître l'accès à certains services de santé¹⁶¹.

¹⁵⁶ En 2006, 218 diplômés de facultés de médecine étrangères ont été reçus pour évaluation et formation. L'an dernier, pour la deuxième année de suite, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a délivré plus de permis d'exercice à des diplômés de facultés étrangères qu'à des diplômés de facultés canadiennes.

¹⁵⁷ L'an dernier, nous avons étudié les difficultés causées par les pénuries de ressources humaines en santé publique, en santé mentale, dans les soins à domicile et dans les communautés insuffisamment desservies (Autochtones, francophones, régions rurales et éloignées, immigrants récents).

¹⁵⁸ Le rapport de l'examen de la capacité en santé publique a recommandé la création d'un groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique et la mise en place d'une stratégie en vue de revitaliser la main-d'œuvre dans ce secteur.

¹⁵⁹ Réglementation des professions de la santé en Ontario : Nouvelles orientations, Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, avril 2006.

¹⁶⁰ Projet de loi 171, Loi visant à améliorer les systèmes de santé en modifiant ou en abrogeant divers textes de loi et en édictant certaines lois, Première lecture, 12 décembre 2006. Les annexes O, P et Q contiennent les modifications législatives portant réglementation des naturopathes, homéopathes, kinésiologues et psychothérapeutes.

¹⁶¹ Projet de loi 171, Loi visant à améliorer les systèmes de santé en modifiant ou en abrogeant divers textes de loi et en édictant certaines lois, Première lecture, 12 décembre 2006.

Il est possible que nous puissions répondre aux besoins en matière de santé grâce à un emploi plus efficient des professionnels au sein d'équipes multidisciplinaires, sans qu'il soit nécessaire d'accroître l'offre de personnel. Il convient d'évaluer les nouveaux modèles de soins au plan de leurs exigences en matière de ressources humaines aussi bien qu'en fonction de leurs avantages en matière de santé.

3.7.3 Cybersanté

Pour dispenser des soins de santé de qualité et efficients, il faut disposer beaucoup d'information, depuis les détails sur tous les aspects des antécédents de soins du patient jusqu'aux données sur tous les traitements disponibles. Les soins de bonne qualité, comme nous l'avons déjà affirmé, sont intégrés, c'est-à-dire que l'ensemble des renseignements recueillis par toute une gamme de différents professionnels de la santé doivent être mis en commun et que tous ces professionnels doivent pouvoir y accéder de manière efficiente et rapide. Ces données doivent être conservées de manière à protéger les renseignements personnels relatifs aux patients et à permettre leur utilisation afin de fournir les meilleurs soins possibles. Tout ceci amène à conclure à la nécessité d'informatiser les dossiers des patients. Les dossiers informatisés peuvent permettre de prendre de meilleures décisions en matière de soins, de réduire les erreurs médicales et d'accroître l'efficacité. La mise en place universelle de dossiers de santé électroniques, fondés sur des normes communes et des exigences de base en matière d'information, est essentielle pour nous permettre de créer un système de santé complet et coordonné, puisqu'ils améliorent notre capacité de mesurer, d'évaluer et de gérer les soins et de déterminer quels sont les domaines à améliorer.

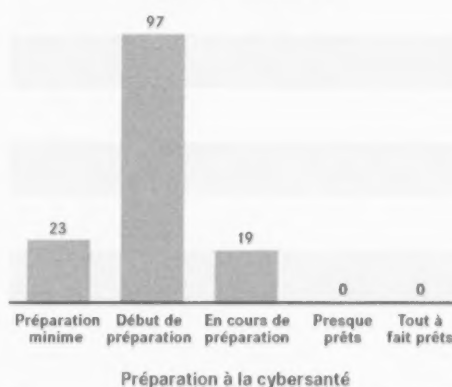
L'Ontario ne dispose pas de dossiers de santé électroniques à l'échelle de la province pour tous les habitants, mais certains hôpitaux ont mis au point des dossiers électroniques internes, qui concernent uniquement les soins dispensés dans l'établissement. Afin d'évaluer les ressources en cybersanté de l'Ontario, le COQSS a examiné les capacités des hôpitaux en la matière, leurs investissements généraux en gestion de l'information et certains progrès réalisés en cybersanté depuis un an.



L'Association des hôpitaux de l'Ontario et le Ontario Hospital e-Health Council ont effectué un sondage pour mesurer jusqu'à quel point les hôpitaux sont prêts à utiliser les dossiers électroniques pour commander des tests de laboratoire ou des médicaments ou pour transmettre des résultats ou des notes aux médecins ou aux autres hôpitaux. Le degré de préparation des hôpitaux à l'utilisation des dossiers de santé électroniques était évalué sur une échelle à cinq niveaux :

- tout à fait prêts – les dossiers sont entièrement en place et utilisés par la plupart ou la totalité des utilisateurs prévus et il n'existe aucune autre méthode courante d'accomplir ces fonctions;
- presque prêts – les dossiers sont mis en place et couramment utilisés par certains des utilisateurs prévus;
- en cours de préparation – les dossiers font l'objet d'un projet pilote ou sont en cours de production et sont utilisés par quelques-uns des utilisateurs prévus;
- début de préparation – les dossiers sont en cours de mise en œuvre;
- préparation minimale – les exigences au plan de la fonctionnalité des dossiers n'ont pas été étudiées, ou encore celles-ci ont été identifiées et ont fait l'objet de discussions mais des progrès très limités ont été accomplis en matière de planification, d'approvisionnement ou de mise en œuvre.

Score de préparation fonctionnelle à la cybersanté 2006 (nombre d'hôpitaux)

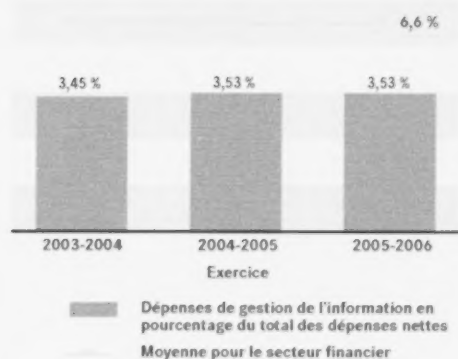


Source: e-Health Readiness Survey, Ontario Hospital Association, 2006.

Aucun des hôpitaux recensés n'avait entièrement mis en place ou n'était presque prêt à mettre en place des dossiers de santé électroniques universels. Cependant, 15 pour cent environ se préparent et plus des deux tiers ont déjà mis en place certains éléments. Ce sondage représente un point de départ utile pour évaluer l'évolution future des dossiers de

santé électronique dans les hôpitaux. Le passage à la cybersanté représente un défi de taille puisque les hôpitaux doivent assurer le fonctionnement conjoint de leur système en vue de partager les données, tout en convainquant les praticiens d'adopter de nouvelles méthodes de travail.

Dépenses nettes en systèmes d'information et en communications en pourcentage du total des dépenses nettes, de 2003-2004 à 2005-2006



Source : Système d'information financière et statistique sur les services de santé de l'Ontario, qui englobe les données tirées du Bulletin des résultats du système de santé en Ontario, ministère de la Santé et des soins de longue durée, 2006. Données provenant du Système d'information financière et statistique sur les services de santé de l'Ontario et des comptes publics annuels du gouvernement de l'Ontario¹⁶².

Plusieurs hôpitaux ont fait des progrès importants en matière de cybersanté, mais beaucoup d'autres sont encore loin de pouvoir recueillir et utiliser les données internes sous forme électronique, sans parler de les communiquer à d'autres. Ce constat est de mauvais augure pour l'intégration des soins, car la collecte et le partage des données et la production de rapports sont ainsi plus difficiles. Des sommes qui pourraient être consacrées à créer un système compétent de dossiers de santé électroniques universels sont plutôt dépensées pour développer des systèmes informatiques individuels qui ne communiquent pas entre eux. Le personnel perd son temps à recueillir et à coder des données, éventuellement en commettant des erreurs de saisie, alors que ces données pourraient être produites automatiquement. Comme nous l'exposons dans la partie 5.2.1, les dossiers de santé électroniques sont essentiels pour la prise en charge des maladies chroniques et pour éviter des complications désagréables et coûteuses pour les patients concernés. Il s'agit d'un exemple clair des avantages qui pourraient être obtenus au plan de l'efficacité dans le système de santé de l'Ontario grâce à des investissements en technologie.

Nous devons également investir dans la gestion de l'information sur la santé. Le graphique ci-dessus montre combien certains organismes de santé dépensent en systèmes d'information, ce qui nous donne une idée des dépenses globales dans ce secteur. Cette proportion se monte à environ 3,5 pour cent des dépenses totales de santé, ce qui est faible par rapport à d'autres industries ou d'autres juridictions responsables de la santé. En 2005-2006, l'Ontario a dépensé 891 millions de dollars pour la gestion de l'information au sein du système de santé. Les dépenses ont augmenté de 44 pour cent dans les hôpitaux et de 68 pour cent au sein du ministère depuis 2001-2002. L'industrie des services financiers, qui fait également un usage intensif de l'information, consacre environ 6,6 pour cent du total de ses revenus à la gestion de l'information¹⁶³.

Depuis un an, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis au point une stratégie complète en matière de cybersanté. Au moment où ce rapport est rédigé, ces stratégies étaient en cours d'examen par le gouvernement. Le ministère a également entamé une série de projets spécifiques en vue d'améliorer la gestion de l'information sur la santé, notamment la mise au point du Système d'information sur les temps d'attente, qu'il est prévu de relier avec d'autres projets de cybersanté en vue de mettre en place un dossier de santé électronique normalisé en Ontario. Certains autres projets portent sur l'amélioration des sources de données et la capacité d'utiliser l'information, notamment une nouvelle base de données sur les soins à domicile, un « entrepôt » de données à l'intention des réseaux locaux d'intégration des services de santé, et la mise au point de bilans qui permettent de suivre le rendement du système de santé. Un rapport sur la qualité des données a paru, ainsi que des recommandations sur les normes en matière de données et les processus de collecte de données et de production de rapports, ainsi que des trousseaux à outils et des guides sur les données à l'intention des analystes et planificateurs des services de santé.

Nous continuons à constater des progrès dans des projets spécifiques, mais nous affirmons toujours que la réussite de cette entreprise dépend de la désignation d'un organe responsable unique et de l'élaboration d'un plan directeur pour la cybersanté. Autrement dit, une seule personne devrait être responsable de la mise en oeuvre de la stratégie et du plan d'activités approuvés en cybersanté. À l'heure actuelle, le plan d'investissement est limité et vague compte tenu du rendement potentiel important que pourraient procurer des investissements en cybersanté.

¹⁶² Les dépenses estimées englobent celles des hôpitaux, des centres d'accès aux soins communautaires, des centres de traitement pour enfants et du MSSLD. Certains autres coûts de gestion de l'information (soutien aux décisions, informatique clinique et formation), les investissements dans d'autres secteurs (p. ex., les soins de longue durée) et les dépenses du gouvernement par les RLSS ne sont pas prises en compte faute de données complètes.

¹⁶³ Pederson L. et Leonard K. (2005) Measuring Information Technology Investment among Canadian Academic Health Science Centres. *Electronic Healthcare*, 3 (3): 94-102.

3.8 INTÉGRÉ

« Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité. »

On s'entend généralement sur la nécessité d'intégrer davantage le système de santé. L'intégration améliorerait les soins de santé à bien des égards :

- efficacité – des services mieux coordonnés permettent d'éviter que des patients ne soient « oubliés » et les patients ont au contraire plus de chances de suivre, les procédures sont normalisées, la responsabilité est partagée et les améliorations peuvent être apportées plus rapidement et plus facilement;
- efficacité – un meilleur emploi des installations et du personnel permet d'éviter le dédoublement, de réduire les coûts et les temps d'attente;
- équité – les ressources sont réparties en fonction des besoins et chacun est traité sur un pied d'égalité.

La plupart des systèmes de santé du Canada ont tenté d'accroître l'intégration des soins. Bon nombre de provinces se sont dotées de régions de santé, administrations chapeautant les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et parfois les services de santé publique, voire les services sociaux. Toutefois, l'indépendance de toutes ces composantes au plan clinique et institutionnel reste la norme, malgré la création de structures de régie régionale et la mise en commun des budgets¹⁰⁴. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé mis en place pour l'Ontario sont conçus

pour accroître l'intégration, mais ces organes sont encore assez nouveaux et la réalité administrative et budgétaire d'origine reste largement inchangée.

Il n'existe pas de mesure objective de l'intégration d'un système de santé; dans la plupart des cas, celle-ci est évaluée par le biais d'enquêtes¹⁰⁵. Beaucoup de gens s'entendent pour dire que l'intégration réussit lorsque les mesures prises pour la concrétiser sont concentrées sur la réalisation de certains buts spécifiques : une fois qu'un but est identifié, il est en effet plus facile de voir quels sont les services qui doivent être intégrés pour l'atteindre.

Nous présentons des données sur l'intégration parce que nous considérons qu'il s'agit d'un élément clé d'un système de santé qui donne un rendement élevé. Tout d'abord, nous avons étudié trois éléments qui, croyons-nous, reflètent l'intégration dans une certaine mesure :

- le nombre de journées passées à l'hôpital par des patients qui se portent suffisamment bien pour recevoir un autre niveau de soins;
- les admissions à l'hôpital pour des maladies chroniques qui pourraient être traitées dans la communauté;
- le pourcentage de patients ayant subi un AVC (accident vasculaire cérébral) transférés directement d'un hôpital de soins actifs à un centre de réadaptation régional.

Dans un système de santé où les soins actifs, les soins de longue durée et les soins communautaires sont bien intégrés, les patients pourraient être rapidement transférés dans un établissement plus approprié lorsqu'ils n'ont plus

Certaines visites à l'urgence de l'hôpital ne sont pas motivées par des raisons médicales. Bien souvent, les patients ont besoin de services communautaires tout autant que de services médicaux. Le projet Community Referrals by EMS a été conçu par Solutions - East Toronto's Health Collaborative, un réseau volontaire de 15 organismes de santé de l'Est de Toronto, afin de donner aux ambulanciers paramédicaux la possibilité de mettre les patients en rapport avec les services de santé et de soutien communautaires. Auparavant, les ambulanciers paramédicaux avaient le choix entre deux lignes de conduite après avoir administré un traitement à un patient : ils pouvaient l'emmener à l'hôpital ou le laisser chez lui. Cette initiative, visant les personnes qui recourent fréquemment aux services médicaux d'urgence ou qui sont considérées comme étant « à risque » dans la communauté, a permis de réduire les appels au 911 ainsi que le nombre de visites à l'urgence. Surtout, elle a permis à des personnes vulnérables d'entrer en contact avec des services communautaires qui peuvent les aider à éviter l'hospitalisation et à recevoir les soins dont elles ont besoin dans leur propre foyer.

¹⁰⁴ Abbot A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago : University of Chicago Press, 1988.

¹⁰⁵ Ahgren B et Axelsson R. (2005) Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5: e01. Trouvé à : www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1395513&blobtype=pdf; Devers KJ, Shonell SM, Gillies RR et coll. (1994) Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*; 19(3):7-20; Gillies RR, Shonell SM, Anderson DA et coll. (1993) Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital and Health Services Administration*; 38 (4):467-89.

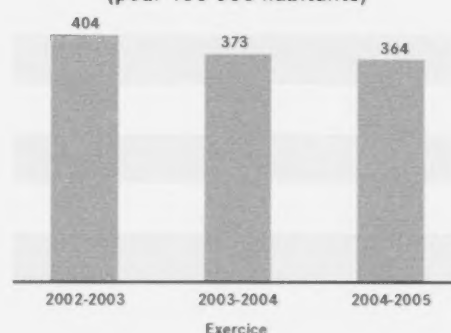
besoin d'un lit d'hôpital. Dans la partie 3.6, nous avons signalé que 9 pour cent des patients qui occupent des lits de soins actifs en Ontario n'ont pas besoin d'y être mais ne peuvent les quitter, pour les raisons suivantes :

- il n'existe aucun établissement de santé résidentiel ou foyer de soins de longue durée disponible;
- l'hôpital ne dispose pas de l'organisation nécessaire pour veiller à ce que les patients reçoivent leur congé dès qu'ils sont prêts à partir;
- il n'existe pas de services communautaires de soutien aux patients récemment sortis de l'hôpital;
- il existe des problèmes au niveau du transfert des patients.

Dans un système intégré, les ressources seraient en place lorsque les patients seraient prêts à quitter l'hôpital. Une telle situation est plus avantageuse pour les patients en convalescence et libère également les lits hospitaliers.

Certaines affections comme l'asthme, l'épilepsie, la bronchite aiguë, la pneumonie et les maladies cardiaques sont normalement traitées dans la communauté, mais s'aggravent parfois suffisamment pour exiger l'hospitalisation. (Ces affections portent le nom technique de « conditions propices au traitement ambulatoire »). Certaines de ces hospitalisations ne peuvent être évitées, mais moyennant des soins préventifs et primaires de bonne qualité dans la communauté et la formation des patients aux autosoins, il devrait être possible d'en réduire le nombre. Un nombre trop élevé d'hospitalisations motivées par ces affections peut être dû à l'intégration insuffisante des soins ou à leur médiocrité.

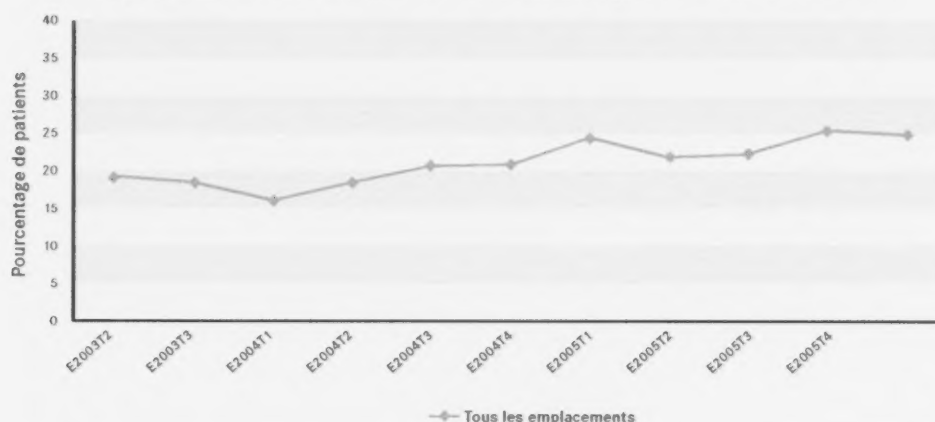
Hospitalisations en soins actifs pour des conditions propices au traitement ambulatoire, patients âgés de 75 ans ou moins, de 2002-2003 à 2004-2005 (pour 100 000 habitants)



Source : Bulletin des résultats du système de santé de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005. Données tirées de la Base de données provinciale pour la planification des services de santé (MSSLD)¹⁰⁸.

L'absence d'intégration n'est pas toujours exclusivement attribuable au système de santé. Le problème se situe parfois au niveau de la charnière entre les systèmes de santé et les systèmes de soutien sociaux non médicaux. Le statut socio-économique est un facteur dans la fréquence des hospitalisations pour ce genre de problème de santé. L'admission à l'hôpital est plus courante chez les personnes défavorisées, en dépit de la fréquence de leurs consultations chez les médecins de soins primaires¹⁰⁹. Il est possible que le nombre d'hospitalisations permette de mesurer l'accès aux services intégrés et aux soins communautaires et leur

Congé des soins actifs et transfert direct à la réadaptation en établissement



Source : Stroke Performance Indicator Report, Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux, 2006.

¹⁰⁸ Affections : grand mal et autres convulsions épileptiques; maladie pulmonaire obstructive chronique; asthme; insuffisance cardiaque congestive; hypertension; angine; diabète. Les chiffres de cette année diffèrent de ceux de l'année précédente puisque la méthodologie utilisée pour calculer cet indicateur a changé. Consulter le rapport technique pour un complément d'information.

¹⁰⁹ Roos LL, Walld R, Unahoya J et Bond R. (2005) Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. *Health Services Research*, 40 (4):1167-85.

utilisation, mais nous ne pouvons en être certains. Quoi qu'il en soit, le nombre d'hospitalisations attribuables à ces affections est en diminution, ce qui représente une bonne nouvelle. Le dernier taux constaté en Ontario, de 364 pour 100 000 habitants en 2004-2005, est inférieur à la moyenne canadienne de 392 pour 100 000 habitants la même année¹⁰⁸.

Notre dernière mesure de l'intégration examine l'efficacité du passage des patients ayant subi un AVC d'une étape à l'autre du traitement (et d'un milieu de soins à l'autre). La réadaptation en établissement après un AVC a un impact positif considérable sur la récupération des patients et leur degré de fonctionnement par la suite.

Le graphique ci-dessus montre que les centres régionaux de traitement des AVC (unités spécialisées dans les grands hôpitaux) transfèrent un patient sur quatre directement des soins actifs à un établissement de réadaptation. Ce taux n'atteindra jamais 100 pour cent parce que certains patients n'ont pas besoin de réadaptation en établissement, mais selon la Stratégie de l'AVC de l'Ontario, il devrait être plus élevé qu'il ne l'est à l'heure actuelle¹⁰⁹. Il se peut que la réadaptation entamée à l'hôpital se substitue dans certains centres aux services dispensés dans un établissement de réadaptation autonome.

3.8.1 Progrès des réseaux locaux d'intégration des services de santé

L'intégration accrue du système de santé est un objectif clé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Pour cette raison, des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont été établis en vue d'intégrer les services dans 14 régions géographiques de la province. Une fois la nomination des présidents et des deux premiers membres des conseils d'administration des réseaux annoncée, au milieu de 2005, les efforts ont porté sur la mise en place de la direction et des opérations, les consultations communautaires, l'analyse des besoins et la mise en place des premiers plans intégrés de services de santé, le tout s'étant achevé à la fin d'octobre 2006.

Dans la plupart des cas, les plans intégrés de services de santé contiennent des renseignements complets sur la composition culturelle et démographique de la région.

Nous avons conseillé le ministère sur diverses manières de renforcer les éléments de qualité de la santé, de planification et de gestion de l'information sur la santé dans plusieurs de ces plans. Il s'agit du point de départ d'un processus évolutif de gestion de la qualité.

3.9 CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

« Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens. »

3.9.1 Significations diverses de la santé de la population

La manière dont nous considérons la santé globale de la population et les éléments de celle-ci que nous mesurons jouent un rôle important. L'étude de la santé de la population a réalisé de grands progrès pour expliquer ce qui fait que certaines personnes sont en bonne santé et d'autres moins. Sous l'angle des maladies, les principales causes de décès sont le cancer et les maladies cardiaques. Toutefois, en se plaçant sous l'angle de la santé de la population, c'est-à-dire en étudiant les liens étroits entre la santé et le statut socioéconomique, il apparaît que les disparités sont la principale cause de maladie et de décès¹¹⁰.



¹⁰⁸ Base de données sur la morbidité hospitalière (2006), Institut canadien d'information sur la santé.

¹⁰⁹ Teasell R, Evans M et Jurai J. (2006) A Blueprint for Stroke Rehabilitation: Improving Outcomes and Maximizing Efficiencies, Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

¹¹⁰ « Une stratégie axée sur la santé de la population privilégie les facteurs qui améliorent la santé et le bien-être de l'ensemble de la population. La santé est considérée comme un élément positif, une ressource pour la vie quotidienne, et pas seulement l'absence de maladie. La santé de la population s'intéresse aux conditions de vie et de travail qui permettent et soutiennent des choix sains pour chacun, et aux services qui contribuent à la promotion et au maintien de la santé. » Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Stratégies pour la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens, 1994; Lalonde M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Ministère des Approvisionnements et Services 1974. Trouvé à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/perspectfr.pdf>. Consulté le 4 novembre 2005; Epp J. Achieving Health for All: A framework for Health Promotion. Publié à l'occasion de la première conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa, 1986. Trouvé à : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-frame-plan-promotion/index_e.html. Consulté le 7 septembre 2006.

L'étendue des disparités en matière de santé au Canada est frappante. Soixante-treize pour cent des personnes occupant les 20 pour cent supérieurs de l'échelle de revenus déclarent que leur santé est excellente ou très bonne, par comparaison à 47 pour cent des personnes dont les revenus se situent dans les 20 pour cent du bas de l'échelle. Les hommes dans les 20 pour cent supérieurs de l'échelle de revenus vivent cinq ans de plus que les hommes dans la fourchette du bas, tandis que l'écart entre les femmes plus riches et plus pauvres est de deux ans. L'espérance de vie des hommes autochtones est plus courte de sept ans que celle des hommes non autochtones; l'écart entre les femmes est de cinq ans¹⁷¹.

Même lorsque d'excellents services de santé sont accessibles à tous, la santé reste étroitement reliée au statut économique. Beaucoup de foyers à faible revenu n'ont pas d'aliments sains en quantité suffisante ou suffisamment variés¹⁷². Parmi les personnes à faible revenu, certains groupes sont en moins bonne santé que d'autres : les personnes âgées, les chômeurs, les prestataires de l'aide sociale, les femmes seules ayant des enfants à charge, les Autochtones et les

immigrants courent tous un risque de maladie plus élevé. Le cumul des risques peut rendre certaines personnes encore plus vulnérables. Plusieurs études menées dans différents pays ont révélé que les immigrants récents risquent davantage de souffrir de dépression attribuable au traumatisme et à la délocalisation conjugués au faible statut socioéconomique¹⁷³.

Les choix et le comportement individuels ont une influence énorme sur la santé, bien sûr, mais les choix des gens sont puissamment influencés par leur lieu de naissance, par l'endroit où ils grandissent, où ils vivent, où ils travaillent. Les gens qui disposent de plus d'argent pour choisir des aliments sains ont plus de chances de bien manger que ceux qui doivent acheter des sources de calories moins chères à forte teneur en graisse, en sucre et en sel. En outre, il est plus commode d'acheter des aliments sains s'il y a un magasin d'alimentation bien garni dans le quartier, ou encore si l'on possède une voiture. Il est plus facile de faire régulièrement de l'exercice si les rues sont sûres et agréables, s'il y a des parcs et d'autres installations de loisir à proximité et s'il existe peu d'obstacles s'opposant à la participation aux sports. Il n'est pas étonnant que les personnes occupant des emplois

Lorsqu'un village rural dans la région desservie par le Gateway Community Health Centre a perdu son médecin de famille en pratique privée, le centre a collaboré avec la communauté pour mettre au point un programme à l'intention des familles rurales. Ce programme reconnaît qu'il faut plus que de simples soins médicaux pour établir les liens nécessaires pour favoriser la santé de la communauté. Ce programme propose des soutiens pour les jeunes familles qui couraient des risques en raison de l'isolement, de l'absence de moyens de transport, du faible revenu, du chômage ou du sous-emploi, de l'insécurité alimentaire et de l'accès limité au téléphone. Le personnel de Gateway a organisé un groupe de réflexion et établi cinq domaines d'action prioritaires de concert avec la communauté. Le village avait besoin de mesures de soutien à l'intention des mères, y compris des programmes pour la petite enfance et l'accès aux soins primaires pour l'immunisation ainsi que pour la visite médicale des bébés. En mai 2006, le Rural Family Program était lancé. Deux fois par mois, des déjeuners sont organisés par la communauté avec des présentations sur l'optimisation des dépenses alimentaires. Chaque semaine, un programme portes ouvertes appelé Cradling Arms permet aux parents de présenter leurs bébés à une infirmière, laquelle vérifie leur état de santé et dispense des conseils sur l'allaitement et d'autres sujets. Les enfants plus âgés peuvent également participer à un groupe de jeux. Le centre Gateway a également permis aux gens d'encaisser leurs chèques non plus au bar local – ce qui encourageait la consommation d'alcool, aux dépens des emplettes alimentaires – mais à l'épicerie. Les personnes qui ne disposent pas de moyen de transport reçoivent des livraisons d'aliments provenant des banques alimentaires à proximité, organisées par des bénévoles. Quinze familles ont recouru au programme pendant la première année; on s'occupe actuellement de développer les liens communautaires au-delà des possibilités offertes par Gateway, en identifiant d'autres ressources disponibles dans le comté et en invitant des conférenciers qui proposent des moyens d'accroître l'autonomie de chacun.

¹⁷¹ Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Réduire les disparités en santé – Rôles du secteur de la santé : Orientations et activités stratégiques recommandées, décembre 2004. Trouvé à : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/dr_policy_f.html.

¹⁷² Le Quotidien. (2000) Étude : l'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens. *Rapports sur la santé*, 16, 3. Trouvé à : <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050503/q050503b.htm>. Consulté le 13 décembre 2006.

¹⁷³ Lai DWL. (2004) Impact of culture on depressive symptoms of elderly Chinese immigrants. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49: 820-827, étude sur les immigrants chinois plus âgés au Canada, qui ont tendance à avoir un degré d'instruction réduit et un faible revenu; Wilmoth JM et Chen PC. (2003) Immigrant status, living arrangements, and depressive symptoms among middle aged and older adults. *Journals of Gerontology Series B*, 58:S305-S313; Oppedal B et Roysamb E. (2004) Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45 (2):131-144; Momartin S, Steel Z, Coello M et coll. (2006) A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia*, 185: 357-61.

mal payés et sans possibilité de promotion soient moins motivées que les personnes plus aisées pour mener une vie saine.

3.9.2 Stratégies d'amélioration de la santé de la population

Les stratégies d'amélioration de santé de la population devraient avoir une portée aussi étendue que celle des causes de la mauvaise santé, et dépasser le champ d'action du seul système de soins de santé. L'accès à l'éducation et aux débouchés, la qualité de l'air, les possibilités d'exercice incorporées dans la conception des communautés, les réseaux de soutien familiaux et sociaux, le niveau de stress, les logements adéquats, les conditions de travail et beaucoup d'autres facteurs sociaux contribuent à la santé de la population. Il est important d'en tenir compte afin d'obtenir des améliorations généralisées de l'état de santé. Les stratégies de prévention de la maladie et les mesures de détection précoce favorisent également une meilleure santé. La promotion de la santé encourage les gens à se prendre davantage en main, surtout en changeant leurs comportements. La prévention permet de repérer et de réduire ou d'éliminer les facteurs qui causent la mauvaise santé. L'immunisation, la chloration de l'eau potable et le port obligatoire de la ceinture de sécurité constituent autant de mesures préventives. La détection précoce de certains types de cancer et d'autres maladies permet de les traiter plus efficacement et d'accroître les chances de survie des personnes atteintes.

Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario élabore un plan intersectoriel de santé. Le ministre préside le Comité interministériel de promotion de la vie saine¹⁷⁴. Ce comité vise à développer la promotion de la santé dans l'ensemble du gouvernement de l'Ontario, à influencer l'élaboration de politiques publiques axées sur la santé, et à améliorer la coordination des politiques et des programmes susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être des habitants de l'Ontario. Les premiers efforts du Comité ont porté sur des stratégies favorables à une bonne nutrition et à l'activité physique, et en particulier sur l'amélioration des résultats en matière de santé pour les enfants et les jeunes.

Voici d'autres activités préconisées pour améliorer la santé de la population en Ontario :

- une réglementation limitant le tabagisme et une éducation antitabagisme intensive;
- des programmes de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon;

- un programme d'immunisation contre la grippe;
- l'obligation pour les conseils de santé de fournir des services cliniques pour les infections transmises sexuellement (ITS), la distribution obligatoire de condoms aux populations à risque élevé et la notification obligatoire des partenaires sexuels dès le diagnostic d'ITS;
- l'éducation obligatoire sur les ITS dans les écoles.

Depuis que le programme universel d'immunisation a été mis en place en Ontario en 2000, les hospitalisations reliées à la grippe chez les personnes âgées de 20 à 49 ans ont diminué de 20 pour cent¹⁷⁵. La partie suivante du rapport présente les tendances reliées à d'autres domaines de la promotion de la santé et d'autres programmes de dépistage.

Cette année, nous avons mesuré la santé de la population en fonction des comportements en matière de santé, des maladies transmises sexuellement et du dépistage du cancer. Si nous disposions d'une meilleure information sur les résultats obtenus dans ces domaines pour différents groupes d'habitants de la province, y compris les personnes à faible revenu, les immigrants, les résidents des quartiers urbains défavorisés et des régions rurales, ou encore les Autochtones, nous pourrions réduire les écarts en matière de santé et les disparités. Les mesures que nous utilisons pour évaluer la santé de la population modifient notre approche des problèmes de santé. Nous devons disposer de données plus fines pour évaluer et comprendre l'impact des soins, des conditions économiques et sociales et des politiques sur la santé¹⁷⁶. Les efforts intersectoriels d'amélioration de la santé doivent également être éclairés par des mesures permettant d'évaluer les progrès en matière de déterminants sociaux de la santé.



¹⁷⁴ Agriculture, Alimentation et Affaires rurales; Services sociaux et communautaires; Services à l'enfance et à la famille; Éducation; Environnement; Santé et Soins de longue durée; Promotion de la santé; Travail; Affaires municipales et Logement; Renouvellement de l'infrastructure publique; et Affaires autochtones. D'autres ministres et ministères sont invités à participer aux débats du comité sur les points qui les concernent.

¹⁷⁵ Branswell H. Ontario flu shot program seems to lower hospitalizations in younger adults: study. National Post – Presse canadienne. Mardi 5 décembre 2006.

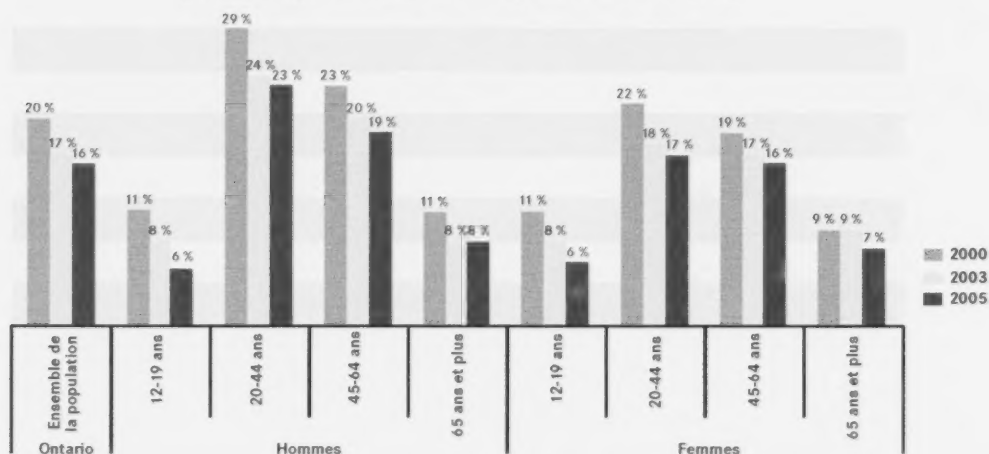
¹⁷⁶ Iron K (2006). Moving toward a better health data system for Ontario. Institut de recherche en services de santé – rapport d'enquête.

3.9.3 Quel est l'état de santé global des habitants de l'Ontario?

Dans ce rapport, nous évoquons six mesures que nous utilisons pour suivre l'état de santé de la population de

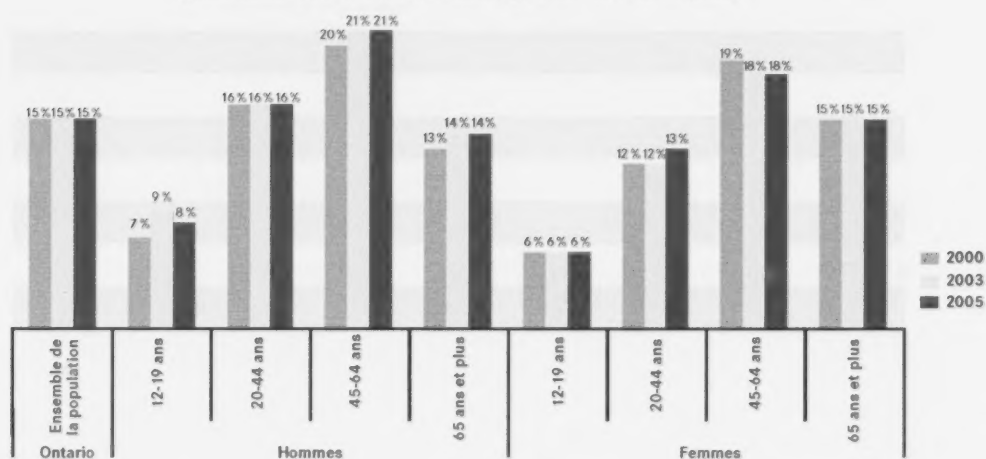
l'Ontario dans son ensemble : le pourcentage de personnes de plus de 12 ans qui fument des cigarettes chaque jour; le pourcentage de personnes obèses; le pourcentage de personnes inactives; le pourcentage de personnes qui déclarent une forte consommation d'alcool; les taux de maladies transmises

Consommation quotidienne de cigarettes selon l'âge et le sexe, de 2000 à 2005
(pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)



Source : Bulletin des résultats du système de santé en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycles 1.1, 2.1, et 3.1) et de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (Statistique Canada)¹⁷⁷.

Obésité selon l'âge et le sexe
(pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus)

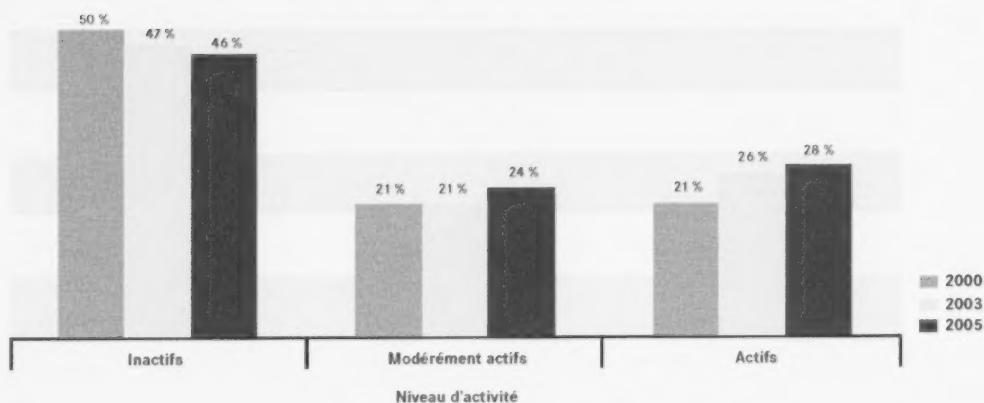


Source : Bulletin des résultats du système de santé en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycles 1.1, 2.1, et 3.1) (Statistique Canada)¹⁷⁸.

¹⁷⁷ Cet indicateur ne tient pas compte de la période pendant laquelle un individu a fumé, de la quantité ou des marques de cigarettes consommées, de tentatives éventuelles de cesser de fumer, ni de l'exposition à la fumée secondaire. Sont exclus les personnes habitant les réserves des Premières nations et les terres de la Couronne, ou vivant dans des établissements, ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées.

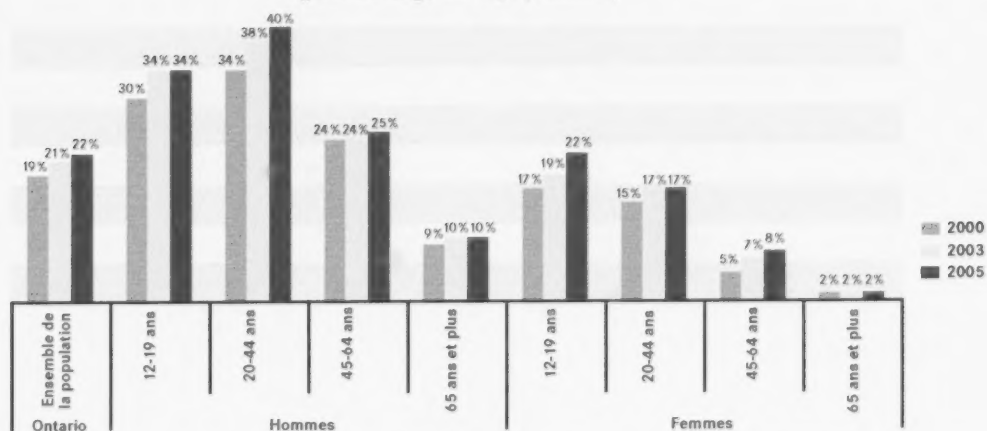
¹⁷⁸ Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus présentant un indice de masse corporelle (IMC) correspondant à la catégorie de l'obésité (≥ 30). L'IMC est une méthode de classification du poids corporel en fonction des risques pour la santé (Statistique Canada, 2005). L'IMC est égal au poids du corps en kilos divisé par le carré de la taille en mètres. Nota : les répondants déclarent leur taille et leur poids et Statistique Canada calcule l'IMC. Les personnes âgées de moins de 18 ans, les femmes enceintes ou qui allaitent, les personnes dont la taille est inférieure à 3 pieds ou supérieure à 7 pieds sont exclues du calcul de l'IMC (Statistique Canada, 2005). Sont exclus de l'enquête les pensionnaires d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne ou dans certaines régions éloignées.

Inactivité, activité modérée et activité physique, de 2000 à 2005 (pourcentage de la population)



Source : Bulletin des résultats du système de santé en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycles 1.1, 2.1, et 3.1) (Statistique Canada)¹⁷⁹.

Forte consommation d'alcool selon l'âge et le sexe - au moins un épisode par mois, de 2000 à 2005 (pourcentage de la population)

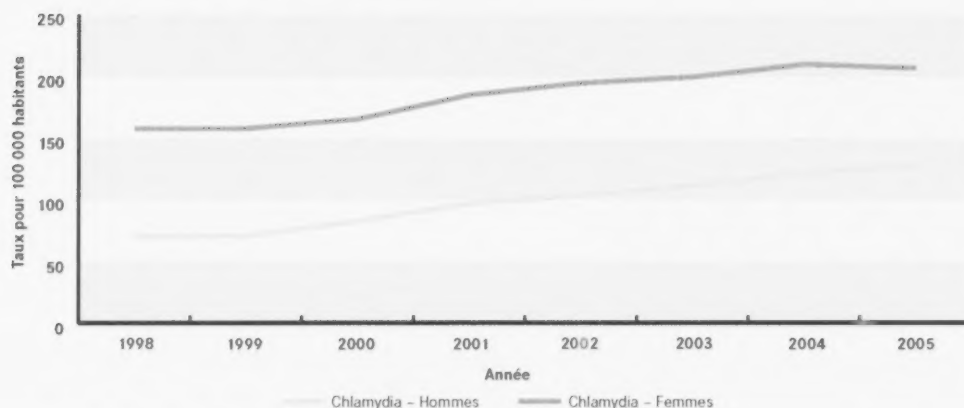


Source : Bulletin des résultats du système de santé en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycles 1.1, 2.1, et 3.1) (Statistique Canada)¹⁸⁰.

¹⁷⁹ Le sondage est basé sur la participation autodéclarée à divers types d'activité physique et les catégories d'indice sont calculées selon une estimation du nombre de kilocalories (communément appelées « calories ») par kilogramme de poids corporel dépensées par jour. « Active » signifie dépensant, en moyenne, 3,0 kcal/kg/jour ou plus, « modérée » correspond à une moyenne de 1,5-2,9 kcal/kg/jour, et « inactive » représente une moyenne de moins de 1,5 kcal/kg/jour. Sont exclus de l'enquête les pensionnaires d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne ou dans certaines régions éloignées.

¹⁸⁰ Sont exclus de l'enquête les pensionnaires d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne ou dans certaines régions éloignées.

Taux de chlamydia, de 1998 à 2005
(pour 100 000 habitants)



Source : Bulletin des résultats du système de santé en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005. Données tirées du Système informatique sur les maladies à déclaration obligatoire (LABRYNTH) (MSSLD)⁽⁸¹⁾.

sexuellement et les taux de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal.

Les principales conclusions que l'on peut tirer de ces graphiques sont que les gens fument moins mais qu'il y a trop d'individus obèses et pas assez d'actifs. Le nombre de personnes qui boivent beaucoup d'alcool augmente. La chlamydia, une maladie transmise sexuellement qui peut causer l'infertilité chez les femmes, est en augmentation.

La consommation quotidienne de cigarettes a diminué depuis cinq ans. Les hommes âgés de 20 à 44 ans sont les plus susceptibles de fumer; presque 1 sur 4 déclare fumer chaque jour. La consommation quotidienne de cigarettes par les 12 à 19 ans a été réduite presque de moitié, passant de 1 sur 9 à 1 sur 17 environ. L'un des meilleurs moyens de réduire les maladies reliées au tabagisme consiste à empêcher les gens d'acquiescer cette accoutumance.

Le taux d'obésité en Ontario est resté relativement stable depuis cinq ans. Plus du tiers des habitants de la province âgés de plus de 18 ans présentent une surcharge pondérale et plus d'un sur 10 est obèse⁽⁸²⁾. Près de la moitié des Ontariens ne sont pas actifs physiquement. Le nombre d'habitants actifs de la province présente une légère augmentation au cours des cinq dernières années.

Presque un Ontarien sur cinq consomme cinq verres d'alcool d'affilée ou plus une fois par mois ou plus souvent, et le taux augmente. Deux hommes âgés de 20 à 44 ans sur cinq déclarent consommer beaucoup d'alcool.

Les taux de chlamydia transmise sexuellement augmentent depuis sept ans. Le taux signalé est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, mais ceci peut être dû au fait que les femmes sont plus susceptibles d'être testées lorsqu'elles consultent un médecin pour un dépistage du cancer du col de l'utérus ou d'autres questions génésiques.

Action Cancer Ontario, l'organisme provincial de lutte contre le cancer, a formulé des recommandations et des cibles en matière de dépistage dans son plan à long terme pour la prévention et le dépistage précoce du cancer en Ontario, intitulé Cancer 2020⁽⁸³⁾. Il est recommandé que toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans subissent des mammographies pour détecter le cancer du sein. Le test de Papanicolaou, utilisé pour dépister le cancer du col de l'utérus, est recommandé pour toutes les femmes qui ont eu des relations sexuelles. Le dépistage du cancer du côlon est recommandé pour toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans, par recherche de sang occulte dans les selles pour la plupart d'entre elles, ou par colonoscopie pour celles qui présentent un risque plus élevé de développer ce cancer.

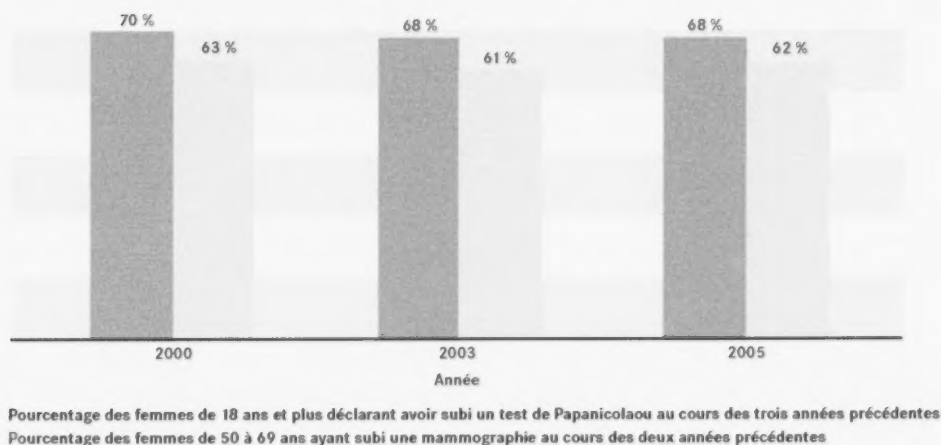
Le taux d'administration de la plupart de ces tests de dépistage est assez faible. La cible pour les mammographies consiste à administrer le test à neuf femmes âgées de 50 à 69 ans sur 10 d'ici 2020, mais seulement 60 pour cent des femmes environ en subissent et cette proportion n'a pas changé depuis cinq ans. En ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus, il est prévu de tester 95 pour cent de toutes les femmes âgées de 18 à 69 ans qui n'ont pas subi

⁽⁸¹⁾ Y compris les cas chez les résidents de l'Ontario, à l'exclusion des cas ailleurs au Canada.

⁽⁸²⁾ La surcharge pondérale se définit comme un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25, et l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30. Trouvé à : www.statcan.ca.

⁽⁸³⁾ Rapport sur Cancer 2020, Action Cancer Ontario, juin 2006. Trouvé à : <http://www.cancercare.on.ca/documents/2006Cancer2020Report-French.pdf>.

Dépistage préventif du cancer du sein et du col de l'utérus, de 2000 à 2005 (pourcentage de la population de sexe féminin)



Source : Bulletin des résultats du système de santé en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycles 1.1, 2.1, et 3.1) (Statistique Canada)⁽¹⁸⁾.

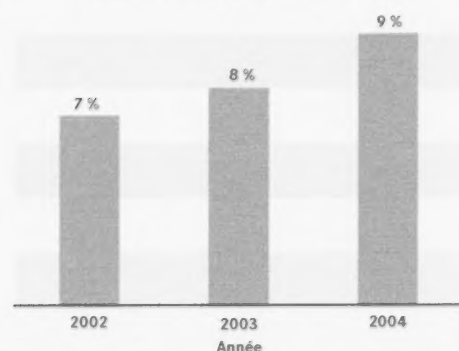
une hystérectomie, mais le taux actuel n'est que de 68 pour cent et a même diminué légèrement depuis cinq ans.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du côlon, l'objectif consiste à atteindre un taux de participation de 90 pour cent des habitants des deux sexes âgés de 50 à 74 ans d'ici 2020. Le test du sang fécal occulte est facile à utiliser à

domicile par les gens qui n'ont pas d'antécédents familiaux ni de symptômes de cancer colorectal. Le niveau actuel de 10 pour cent est très faible mais il augmente. En janvier 2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé un programme visant à accroître la participation au sein de ce groupe cible en distribuant des nécessaires d'analyses dans les cabinets de médecins, les cliniques sans rendez-vous, les centres de santé communautaire et, à terme, dans des pharmacies participantes. Un financement accru a été prévu afin d'améliorer l'accès aux colonoscopies pour les personnes courant un risque plus élevé de développer ce cancer. Ces mesures sont complétées par d'autres :

- une campagne quinquennale visant à sensibiliser le public et les professionnels de la santé aux avantages du dépistage colorectal et de la détection précoce;
- un registre permettant d'envoyer des rappels de dépistage et offrant un moyen d'évaluation permettant de suivre les progrès d'ensemble du programme;
- un laboratoire unique pour traiter tous les tests du sang fécal occulte afin d'assurer l'uniformisation des normes de qualité et la rationalisation des résultats.

Pourcentage des habitants de l'Ontario des deux sexes âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage et ayant subi un test du sang fécal occulte, de 2002 à 2004



Source : Base de données historiques sur les demandes de règlement, 2004, ministère de la Santé et des Soins de longue durée⁽¹⁹⁾.

⁽¹⁸⁾ Pourcentage de la population de sexe féminin admissible âgée de 18 à 69 ans qui déclare avoir subi le plus récent test de Papanicolaou au cours des trois dernières années et pourcentage de la population de sexe féminin admissible âgée de 50 à 69 ans qui déclare avoir subi une mammographie de dépistage de routine au cours des deux dernières années. Le pourcentage des femmes admissibles au dépistage (âgées de 50 à 69 ans) subissant une mammographie de dépistage pendant l'année en cours et l'année précédente est indiqué (y compris le PODCS). Sont exclus de l'enquête les pensionnaires d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne ou dans certaines régions éloignées. Les femmes ayant subi une hystérectomie ou âgées de moins de 18 ans ou de plus de 69 ans sont exclues de la question sur le cancer du col de l'utérus.

⁽¹⁹⁾ Le dépistage du cancer colorectal peut être effectué à l'aide d'autres tests comme la colonoscopie, au lieu du test du sang fécal occulte. Sont exclus de l'enquête les pensionnaires d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne ou dans certaines régions éloignées.



3.10 CONCLUSIONS

Il est évident que l'idée d'un système qui donne un rendement élevé comporte un grand nombre de dimensions. Partout dans la province, les Ontariens nous ont dit qu'ils veulent que leur système de santé soit accessible, efficace, sûr, axé sur le patient, équitable, efficient, adéquatement outillé, intégré et centré sur la santé de la population.

Nous avons consacré beaucoup de temps à examiner les résultats du système de santé dans ces neuf domaines, afin d'informer les Ontariens sur la qualité des soins dans la province et les domaines à améliorer.

Dans beaucoup de secteurs, nous pouvons être fiers de l'excellence des soins de santé et nous féliciter des progrès importants qui sont faits actuellement au plan de la qualité. Par exemple, l'accessibilité est considérée comme une priorité par un grand nombre de Canadiens et beaucoup de travail a été réalisé en Ontario en vue d'améliorer l'accès aux médecins de famille et de développer les programmes de télémédecine pour rejoindre les personnes habitant les régions rurales ou éloignées où les praticiens sont moins nombreux.

De nouveaux efforts ont été entrepris pour établir un équilibre approprié entre les divers professionnels de la santé, pour leur dispenser une formation adéquate et pour veiller à la bonne organisation des soins de santé, afin que notre système de santé puisse donner efficacement les résultats voulus, soit

doté de ressources suffisantes et utilise celles-ci de manière efficiente. Les Ontariens ont réservé un accueil favorable à ces efforts.

Dans d'autres domaines, en revanche, notre système de santé donne des résultats moins reluisants. Certains Autochtones, par exemple, éprouvent encore des difficultés à accéder même à des soins de base, en raison de leur lieu de résidence ou des modalités de prestation des soins. Les immigrants récents, c'est-à-dire ceux qui sont arrivés au Canada il y a moins de cinq ans, ont beaucoup moins de chances d'avoir un médecin régulier que ceux qui y sont depuis longtemps. Pour que notre système de santé soit vraiment hors pair, nous devons de toute évidence veiller à ce que tous les Ontariens, sans distinction d'identité et de domicile, reçoivent des soins de la même qualité.

Il est également apparent que nous avons besoin de renseignements de meilleure qualité, aussi bien pour surveiller le rendement du système par rapport à nos neuf attributs que pour permettre d'obtenir les améliorations au plan de la qualité qui sont indispensables pour soutenir un rendement élevé au sein du système.

Pour comprendre pleinement le problème des temps d'attente, par exemple, nous devons posséder davantage de données sur les états cliniques et leur gravité afin d'assurer que les patients les plus malades sont traités les premiers. Pour trier les cas prioritaires et pour gérer les files d'attente pour les tests diagnostics et les interventions chirurgicales, nous devons disposer de systèmes d'information plus développés et intégrés dans l'ensemble du système de santé.

Un autre exemple : pour juger dans quelle mesure les soins dispensés aux diabétiques permettent d'obtenir les résultats voulus, nous comptons actuellement le nombre de patients qui viennent de recevoir un diagnostic de diabète de type 2 et qui peuvent subir les examens de la vue recommandés. Mais il ne s'agit là que d'un seul aspect de la prise en charge complète de la maladie. Il faudrait également pouvoir vérifier si ces patients subissent un contrôle régulier de leur glycémie et sont en mesure de la maîtriser, subissent des examens des pieds appropriés, et font l'objet d'évaluations en vue de dépister les complications comme les maladies du cœur et du rein. Il faut également pouvoir assurer que, dans la province, les groupes de patients différents et plus susceptibles de développer le diabète, comme les Autochtones, reçoivent le même niveau de soins.

En ce qui concerne le traitement du cancer, nous pouvons nous féliciter que la quasi-totalité des patients atteints d'un cancer du côlon de stade 3 qui se font soigner dans les centres régionaux de cancérologie reçoivent le traitement recommandé. En revanche, nous savons que la moitié

seulement des Ontariens atteints de cancer colorectal sont pris en charge dans ces centres spécialisés, et nous ne disposons pratiquement d'aucune donnée sur la qualité ou les résultats des soins dispensés à l'autre moitié des personnes affectées. En outre, que ce soit pour l'une ou l'autre moitié de ce groupe, nous ne disposons d'aucun renseignement sur le stade auquel le cancer est parvenu au moment du diagnostic, ni sur l'existence ou l'étendue de métastases.

Si nous disposions de données plus fiables et plus complètes, nous serions en mesure de mieux planifier les moyens d'améliorer les soins, d'assurer que les ressources appropriées sont en place et de surveiller les régions où les résultats sont insuffisants ou encore les populations spécifiques dont l'état n'est pas aussi favorable qu'il devrait l'être.

Les dossiers de santé électroniques constituent un élément critique de ce processus. De tels dossiers nous permettraient de disposer de renseignements sur les personnes qui reçoivent des soins, sur les types de soins qu'elles reçoivent, et sur les résultats de ces soins. De telles données sont d'une importance cruciale pour l'évaluation et l'amélioration de la santé des Ontariens.

Nous avons également besoin de ces renseignements pour susciter des améliorations dans l'ensemble du système de santé. Nous avons vu qu'il est possible d'apporter des modifications qui permettent d'améliorer la qualité grâce à la Stratégie sur les temps d'attente de la province. Mais pour obtenir des améliorations de la qualité à l'échelle du système, il faut disposer de données plus complètes, recueillies selon des modalités normalisées dans l'ensemble du système. Nous y reviendrons dans le chapitre 4, laquelle évoque nos besoins en matière d'information et les moyens d'améliorer la qualité du système de santé.

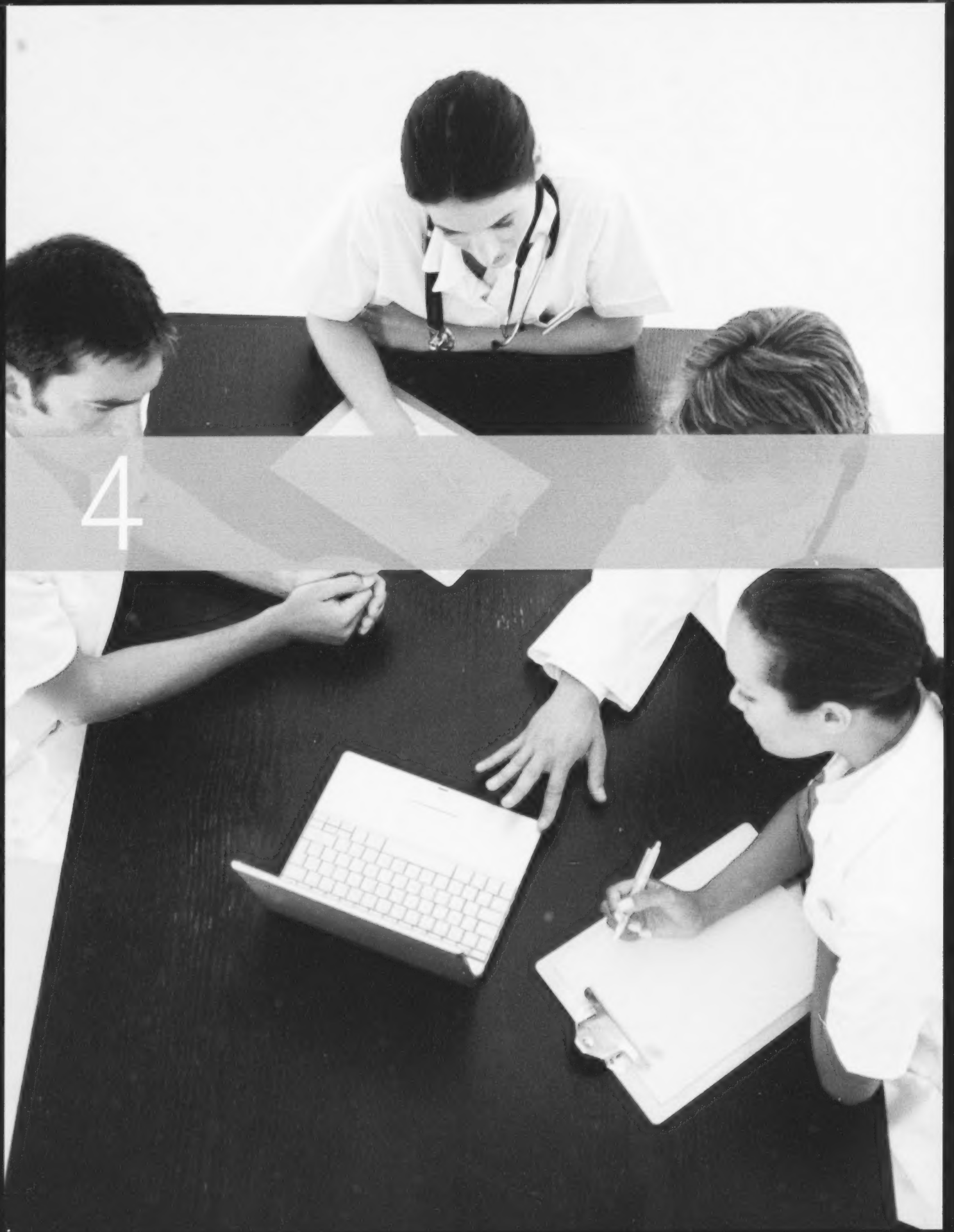
Il est apparent que le système ne donne pas de résultats suffisants, par comparaison à nos neuf attributs, lorsqu'il s'agit de maladies chroniques. Ces maladies causent

beaucoup de souffrance pour beaucoup d'Ontariens et coûtent cher au système. Or, la prévalence de maladies chroniques augmentera au fur et à mesure que la population vieillit. Il est nécessaire d'apporter des modifications spécifiques au système en ce qui concerne le service aux patients atteints de maladies chroniques.

Par exemple, la plupart des personnes atteintes de maladies chroniques se porteraient mieux si leur état était correctement pris en charge dans la communauté et par leurs fournisseurs de soins primaires, afin de limiter les hospitalisations dans la mesure du possible. Mais les taux de réadmission à l'hôpital pour les patients ayant subi une crise cardiaque ou une crise d'asthme sont équivalents ou supérieurs à la moyenne canadienne, ce qui montre que nous ne réussissons pas suffisamment à prendre les maladies chroniques en charge. Si les services nécessaires pour réaliser cet objectif étaient mieux intégrés, il serait possible de réduire le nombre de nouvelles hospitalisations. En réduisant la prévalence du tabagisme quotidien, nous pouvons prévenir certaines maladies chroniques, mais nous pourrions faire encore plus dans ce sens en suscitant une augmentation de l'activité physique et une réduction de l'obésité et en tâchant d'influencer d'autres facteurs, extérieurs au système de santé, qui mènent à la mauvaise santé. Les données limitées dont nous disposons sur les maladies chroniques ne nous donnent pas une image complète de la situation, mais il est néanmoins évident que nous devons faire davantage pour prévenir et prendre en charge ces problèmes de santé graves et répandus.

Dans le chapitre 5, nous étudierons en profondeur le problème des maladies chroniques, et les mesures qui seront nécessaires pour apporter dans ce domaine des améliorations significatives à l'échelle du système.





CE QUE NOUS SAVONS SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ



À présent que nous avons évalué dans quelle mesure le système de santé correspond aux neuf attributs d'un système qui donne de bons résultats, envisageons des moyens de l'améliorer. Nous avons recouru à la méthode de l'amélioration continue de la qualité, mise au point par deux statisticiens américains, Walter A. Shewhart et W. Edwards Deming, qui ont transformé l'industrie dans le monde entier en appliquant les méthodes statistiques à l'amélioration de la qualité. Cette méthode est basée sur un cycle en quatre étapes :

- Plan : Définition des modifications nécessaires pour apporter des améliorations et de la manière de les mesurer.
- Mise en œuvre : Réalisation des changements.
- Examen : Mesure et revue afin de déterminer s'il y a eu amélioration.
- Action : Nouvelles modifications en fonction des leçons.¹⁰⁶



Ce modèle est très simple (le professeur Deming affirmait même que l'approche dont il est inspiré peut être utilisée pour améliorer n'importe quoi). L'amélioration d'un système de santé qui sert plus de 12 millions de personnes dans une vaste province représente un défi immense... mais malgré tout réalisable. Dans ce chapitre, nous commençons par recenser les responsabilités en matière de qualité et revoir les mesures nécessaires pour améliorer le rendement d'un système de santé et des professionnels qui y travaillent, pour étudier ensuite un modèle d'amélioration continue de la qualité qui semble donner de bons résultats : la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario.

4.1 RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE DE QUALITÉ

Notre mission, au COQSS, consiste à présenter un rapport au moins une fois par an sur la qualité globale de la santé en Ontario. Cette année, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent commencer à présenter leurs propres rapports sur le rendement des services de santé dans leurs régions. Mais les soins dont chacun d'entre nous a besoin sont dispensés, dans la pratique, par des organismes de santé individuels : les centres de santé locaux, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les laboratoires, les unités de santé publique et ainsi de suite. Comment peut-on vérifier que les soins dispensés par une institution en particulier sont de qualité suffisamment élevée? Nous considérons que le seul moyen de satisfaire aux exigences

¹⁰⁶ Deming WE. *Out of the Crisis*. MIT Press, 1986; Shewhart et Walter A. *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control*, (1939) réédité par Dover Publications, 1er décembre 1986.



d'information au niveau des organismes individuels consiste à soumettre ceux-ci à des évaluations par des tiers impartiaux, dont les résultats sont rendus publics. Il existe deux catégories essentielles d'évaluations indépendantes : le modèle de réglementation et le modèle d'agrément.

Certains services et professions de santé sont assujettis à une réglementation instituée par les pouvoirs publics ou par des organismes autonomes, en vue de mettre en place et d'appliquer des normes minimums de soins. Ces cadres prennent la forme de délivrance de permis d'exercice (parfois en fonction du résultat d'examen, ou de revues au moment de la délivrance ou du renouvellement des permis), de vérifications ponctuelles, d'inspections régulières et d'enquêtes à la suite de plaintes. Les processus réglementaires sont obligatoires et quiconque souhaite fournir certains services doit se conformer à la réglementation qui les régit.

L'agrément, en revanche, n'est pas nécessairement obligatoire. Plutôt que de vérifier la conformité à des normes minimums, il vise à encourager l'amélioration. L'agrément est facultatif dans la plus grande partie du Canada mais est récemment devenu obligatoire au Québec pour tous les organismes de santé, que leur financement soit d'origine publique ou privée¹⁶⁷. Comment fonctionne l'agrément? Une équipe externe compare la qualité du travail d'une organisation à des normes d'excellence reconnues. Le processus d'agrément aide les organisations à repérer les domaines dans lesquels elles ne dispensent pas les meilleurs soins possibles, et à identifier les domaines où des améliorations sont nécessaires, ou encore les méthodes qui donnent des résultats et devraient être plus largement adoptées. Les rapports d'agrément encouragent les organisations à se hisser à un niveau plus élevé, et dans les domaines où elles présentent des lacunes, à établir des plans d'amélioration. Le processus est répété à intervalles de deux à quatre ans, selon l'organisme d'agrément, ses conclusions et les résultats de la revue.

Ces méthodes d'évaluation de la qualité sont utilisées en Ontario selon des modalités très variables. Les évaluations sont parfois facultatives, parfois obligatoires, et les résultats

n'en sont pas nécessairement rendus publics. Le tableau qui suit montre les modalités d'évaluation indépendantes de la qualité et la publicité qui est donnée aux résultats de celles-ci, dans les organismes de santé de l'Ontario. Tous font l'objet d'une forme ou d'une autre d'agrément ou de réglementation; les établissements de soins de longue durée, les laboratoires et les établissements de santé publique sont soumis à la fois à l'agrément et à la réglementation. Certains organismes de santé rendent leurs résultats publics, mais la publication des rapports issus des revues d'agrément et préparés par des organismes de réglementation n'est pas obligatoire.

Nous sommes encouragés de constater qu'un aussi grand nombre d'organismes de santé subissent l'agrément, mais les lacunes dans la participation nous inquiètent, tout comme l'absence de rapports publics sur les résultats, sauf dans le cas des foyers de soins de longue durée. Selon nos recherches, les rapports publics sur le rendement peuvent influencer l'amélioration de la qualité dans les établissements¹⁶⁸ et stimuler la recherche d'une qualité plus élevée de la part des fournisseurs de soins de santé. Selon le domicile des patients dans la province, ils peuvent avoir un choix limité de fournisseurs de soins accessibles et financés par les deniers publics. C'est pourquoi il est particulièrement important d'accroître la responsabilisation des fournisseurs de soins en publiant les résultats des évaluations de leur rendement, afin que le public puisse faire un choix éclairé en matière de soins lorsqu'il dispose de plusieurs possibilités, et revendiquer des améliorations le cas échéant.

Le Conseil canadien de la santé a proposé que le financement public des organismes de santé soit conditionné par un agrément obligatoire, et que les rapports d'agrément soient publiés afin d'assurer la reddition de comptes. Les Ontariens méritent en effet de savoir si notre investissement dans les soins de santé financés par les deniers publics nous procure des soins de qualité.

¹⁶⁷ Le renouvellement des soins de santé au Canada : Frayer la voie de la qualité, Conseil canadien de la santé, février 2006.

¹⁶⁸ Brown AD, Bhimani H et MacLeod HL. (2006) Making Performance Reports Work. *Health Care Papers*; 6: 8-22; Morris K et Zelmer J. Public Reporting of Performance Measures in Health Care. *Canadian Policy Research Networks - Health Care Accountability Papers - No.4*. Février 2005; Werner RM et Asch DA. (2005) The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *JAMA*; 293: 1239-1244; Gurm V, Fremes SE, Naylor CD, Austin PC, Shrive FM, Ghali WA, Tu JV et coll. (2006) Public versus private institutional performance reporting: What is mandatory for quality improvement? *American Heart Journal*; 152: 573-578; Marshall MN, Shickle PG, Leatherman S et Brooks RH. (2000) The Public Release of Performance Data: What do we expect to gain? A Review of the Evidence. *JAMA*; 283: 1866-1874.

Comparaison des programmes d'agrément et d'inspection réglementaire pour les organismes de soins de santé en Ontario

Secteur	Agrément		Réglementation	
	Participation	Publication des résultats?	Participation	Publication des résultats?
Hôpitaux	Obligatoire pour les douze hôpitaux d'enseignement et autres ¹⁸⁹ de l'Ontario. Quatre-vingt-quinze pour cent du reste participent.	Facultative	Aucune	Sans objet
Établissements de soins de longue durée	Quatre-vingts pour cent participent volontairement. Un encouragement financier est offert à ceux qui achèvent le processus.	Facultative	Obligatoire, évaluation de routine exigée chaque année.	Publication obligatoire des résultats sur le site Web du ministère; l'établissement doit afficher les conclusions des inspections sur son site.
Bureaux de santé	Obligatoire pour les bureaux faisant partie du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique. ¹⁹⁰ Environ quarante pour cent des trente-deux autres bureaux participent volontairement.	Facultative	Évaluations effectuées en réponse aux plaintes et aux problèmes de qualité. Vingt-sept pour cent des bureaux de santé ont été évalués depuis 2003. Le Comité d'examen de la capacité d'intervention des services locaux de santé publique a recommandé que les évaluations soient effectuées régulièrement.	Conclusion des évaluations disponibles sur demande.
Établissements de santé indépendants (cliniques de radiologie, cliniques d'IRM, laboratoires de sommeil, laboratoires de fonction pulmonaire, cliniques d'avortement, etc.)	Aucune	Sans objet	Obligatoire, évaluations de routine à intervalles de trois à cinq ans (vingt-cinq pour cent environ sont évalués chaque année). Les évaluations sont également effectuées en réponse aux plaintes et aux problèmes de qualité.	Aucun rapport public
Laboratoires	Obligatoire	Aucun rapport public	Évaluations obligatoires à intervalles de deux à cinq ans et en réponse aux plaintes et problèmes de qualité.	Aucun rapport public
Centres de santé communautaire (CSC)	Obligatoire	Liste des CSC agréés publiée sur un site Web	Aucune	Sans objet
Équipes Santé familiale ou autres cabinets de soins primaires	Une évaluation pilote a été menée au sein de trois cabinets de soins de santé primaires. L'avenir du programme est inconnu au moment de la rédaction du rapport.	Aucun rapport public	Aucune pour les pratiques, mais de trois à onze pour cent des professionnels sont évalués normalement par leurs ordres professionnels chaque année.	Aucun rapport public ¹⁹¹
Centres d'accès aux soins communautaires	Facultative mais bientôt obligatoire.	Facultative	Évaluation obligatoire basée sur les problèmes (deux centres sur quarante-deux ont été évalués au cours des cinq dernières années).	Aucun rapport public
Organismes de santé communautaire (santé mentale, soins à domicile, etc.)	Facultative	Facultative	Aucune réponse reçue à cette question.	Aucune réponse reçue à cette question.

¹⁸⁹ Douze hôpitaux en Ontario sont centres hospitaliers universitaires mais ce ne sont pas les seuls qui forment des professionnels de la santé. Ceux qui forment des médecins spécialistes doivent subir un agrément conformément aux règles du Collège royal des médecins et chirurgiens.

¹⁹⁰ Comme les hôpitaux, les bureaux de santé qui forment des médecins spécialistes doivent subir un agrément conformément aux règles du Collège royal des médecins et chirurgiens.

¹⁹¹ Au moment de la rédaction du rapport, un projet de loi exigeant que les ordres professionnels donnent au public accès aux renseignements concernant leurs membres (y compris les restrictions en matière de pratique et les mesures disciplinaires) sur leurs sites Web, a été déposé.

4.2 AMÉLIORATION DU RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'amélioration du rendement représente un défi pour les systèmes de soins de santé partout dans le monde. Certains parviennent systématiquement à atteindre et à maintenir des niveaux de rendement beaucoup plus élevés, en trouvant des méthodes nouvelles et améliorées de travailler et de fournir aux patients des soins de grande qualité. Les systèmes de qualité donnent aux dirigeants et au personnel le soutien, l'information et les compétences dont ils ont besoin pour apporter les améliorations, et des encouragements à les généraliser et à les maintenir. Ces réseaux ont reconnu qu'il est possible d'accroître la capacité globale d'apporter les améliorations, à tous les niveaux du système, et parviennent ainsi à sauver des vies, à atténuer les souffrances et à réduire le gaspillage.

En Ontario, les efforts d'amélioration de la qualité ont jusqu'ici été largement décentralisés dans des secteurs restreints d'innovation et d'amélioration à l'échelon local. Mais nous pourrions considérablement renforcer notre capacité d'améliorer les soins de santé dans la province si nous concentrons collectivement notre

soutien à l'amélioration de la qualité. Il faudra pour cela une certaine coordination et un investissement de temps et d'argent, mais les dirigeants du réseau de soins de santé cherchent actuellement des moyens d'y parvenir.

Le ministère a financé des chercheurs et des experts de toute la province et de partout au Canada pour collaborer à l'initiative « Quality by Design »¹⁹², visant à identifier ce dont un système de soins de santé a besoin pour parvenir à une amélioration durable, et à suggérer des modèles, des approches et des outils qui permettront d'obtenir de telles améliorations dans la province. Les recherches fondamentales sont déjà faites et nous avons constaté qu'il faut, pour obtenir de meilleurs résultats, renforcer le leadership, modifier la culture des organisations, mettre en place les stratégies, les politiques et les structures appropriées, veiller à ce que nous disposions des ressources nécessaires pour recueillir et mesurer les données, privilégier la communication, développer des compétences, et faire participer les praticiens au processus.

Nous savons d'après l'exemple d'autres pays, comme les deux cas décrits dans ce chapitre, qu'il est possible de parvenir à une amélioration continue. La phase suivante de « Quality by Design » va étudier certains des systèmes de santé qui donnent les meilleurs résultats dans le monde, afin d'apprendre à parvenir durablement aux mêmes résultats en Ontario. La phase finale consistera à convertir ces idées en outils en vue d'accroître notre capacité d'améliorer la qualité. Nous allons dans l'avenir publier des rapports sur les progrès de cette initiative.

Pour parvenir à un degré élevé de qualité, il ne suffit pas d'édicter des mesures de changement : il faut prendre un engagement envers l'amélioration des soins et y faire participer tous les membres d'un organisme de soins de santé. En Suède, où les conseils de comté assurent la planification de tous les services de santé, y compris au plan budgétaire, et sont propriétaires et gestionnaires des établissements et employeurs du personnel, le conseil de comté de Jönköping a été reconnu pour son approche novatrice de l'amélioration des soins. Le conseil est dirigé par trois personnes : en plus du chef de la direction et du directeur clinique, structure classique dans un établissement de santé, Jönköping possède également un leader de la qualité, qui a pour mission de parvenir à des améliorations durables par le biais de l'apprentissage et de l'encadrement et en recueillant hors du comté des idées et des outils qui peuvent être appliqués aux soins à l'échelon local. Ces trois dirigeants, responsables des secteurs administratif, clinique et de la qualité, collaborent pour développer et mettre en commun des savoirs au sujet de l'amélioration. Tout en respectant la discipline financière et les normes cliniques obligatoires pour toute organisation du secteur de la santé, l'équipe a mis en place des structures de gestion, cliniques et de ressources humaines propices à l'amélioration. Ensemble, les dirigeants procèdent à des études itinérantes sur l'amélioration de la qualité; cinq jours par an, ils accueillent un groupe plus nombreux de responsables du réseau en vue d'évaluer les progrès, de partager les acquis et de planifier l'amélioration dans l'ensemble du système.

¹⁹² L'initiative Quality by Design est financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en partenariat avec le département de gestion et d'évaluation des politiques de la santé de l'Université de Toronto.

Des mesures très générales mais peu approfondies ne permettent pas d'améliorer la qualité. Comme le démontre le Henry Ford Health System de Détroit, la qualité doit être incorporée à tous les niveaux. Ce réseau à but non lucratif gère cinq hôpitaux, une importante pratique médicale de groupe et des services de soins communautaires. Il sert plus d'un million d'habitants du Sud-Est du Michigan. Le réseau aide les médecins à acquérir des compétences en amélioration pendant leur formation en résidence et dans le cadre de la préparation au renouvellement de leur permis d'exercice, en leur donnant les outils et les données nécessaires pour leur permettre de s'améliorer. L'information et la rétroaction se situent au coeur du programme de Ford : les médecins leaders reçoivent des données sur le travail de leurs collègues ainsi qu'une rétroaction sur leur rendement, qu'ils peuvent incorporer dans les entretiens réguliers avec leurs confrères, en veillant à ce que chacun travaille en vue d'atteindre les buts du programme et du réseau. Les médecins leaders sont responsables de l'atteinte des objectifs et reçoivent des encouragements financiers dans ce sens. Cette rétroaction permet aux médecins de mieux comprendre leur travail et de voir comment les changements apportés aux soins permettent d'améliorer les résultats pour les patients. Le système permet également aux unités ou aux groupes de recevoir des récompenses financières pour un rendement positif, en fonction d'un score établi selon plusieurs mesures, notamment la satisfaction des patients et les indicateurs financiers. Ce système a fait les preuves de son efficacité dans l'encouragement des équipes d'infirmières, de médecins et de gestionnaires à collaborer en vue d'atteindre des buts communs, de valoriser l'amélioration et de réinvestir dans celle-ci.

4.3 AMÉLIORATION DES PRATIQUES EN SOINS DE SANTÉ

Dans notre rapport de l'an dernier, nous avons fait observer que notre système de santé parvient mal à adopter les bonnes idées issues des travaux de recherche. En ce qui concerne la pratique individuelle, nous avons signalé dans la partie 3.2.1 du rapport de cette année les éléments qui nous mènent à croire que les professionnels de la santé n'utilisent pas toujours les meilleures connaissances disponibles. Ce n'est pas que les médecins, les infirmières ou les autres fournisseurs de soins souhaitent fournir des soins sous-optimaux, mais plutôt qu'il existe un certain nombre d'obstacles qui les empêchent d'utiliser les meilleures pratiques. Nous avons donc étudié les raisons de ces écarts, et ce qui peut être fait et ce qui se fait pour les réduire.

4.3.1 Obstacles s'opposant à l'utilisation des meilleures pratiques

Pour comprendre la raison des écarts entre les pratiques exemplaires éprouvées et la réalité des soins dispensés, nous avons étudié les résultats des recherches, consulté un certain nombre d'experts et convoqué des groupes de réflexion réunissant des infirmières, des pharmaciens et des médecins. Certaines de nos conclusions portent spécifiquement sur certaines professions, mais nous avons constaté l'existence de thèmes communs¹⁹³:

1. **Obstacles reliés à des praticiens individuels.** Citons, entre autres : la surcharge d'information; le manque de temps; la méconnaissance des informations pertinentes ou le manque d'accès à celles-ci, ou l'hésitation à les accepter; l'absence ou l'insuffisance de mesures permettant de juger les besoins en matière de rendement et d'éducation; et l'absence de formation à l'évaluation critique, à la gestion et à l'application des connaissances.
2. **Données inadéquates pour éclairer le rendement clinique.** Les conclusions de récentes études montrent que les professionnels de la santé évaluent mal leurs propres besoins éducatifs lorsqu'ils ne disposent pas d'une rétroaction objective sur leur rendement. Ils ont besoin d'une rétroaction en temps utile ou de données sur leur rendement, ceci pour les orienter dans leurs efforts en vue d'apprendre, de changer et de s'améliorer¹⁹⁴. Une fois de plus, l'absence de données de qualité disponibles en temps utile dans la province entrave l'amélioration de la qualité.
3. **Inefficacité des méthodes d'éducation et de communication.** Les programmes de formation continue sont censés accroître la compétence des professionnels afin qu'ils puissent dispenser des soins améliorés aux patients, mais les approches utilisées ne donnent pas le bon résultat. Il est généralement convenu¹⁹⁵ que les stratégies passives, comme la documentation imprimée et les séances

¹⁹³ Les obstacles reliés à l'ensemble du système (financement, dotation en personnel, accès, manque de ressources, contraintes organisationnelles) ne sont pas pris en compte.

¹⁹⁴ Davis DA, Maxmanian PE, Fordis M, Harrison RV, Thorpe KE et Perrier L. (2006) Accuracy of Physician Self-assessment Compared with Observed Measures of Competence - A systematic review. *JAMA*; 296 (9): 1094-1102.

¹⁹⁵ Il existe des différences au plan du genre et de la rigueur entre la littérature sur les stratégies de changement par l'éducation et autres pour les médecins, les infirmières et les pharmaciens. La plupart des études portent sur les médecins.



d'instruction en classe à grande échelle, sont moins efficaces que les méthodes plus actives. Malgré certains efforts¹⁹⁶, les méthodes passives caractérisent encore et toujours la majorité des projets de formation continue. Nous ne suivons même pas les recommandations par lesquelles on nous propose d'encourager l'observation des pratiques exemplaires! Les meilleures méthodes consistent à favoriser et à renforcer le changement en intégrant de nouvelles approches dans la pratique, grâce à la rétroaction, aux rappels et aux ateliers interactifs.

4. Manque de coordination des efforts d'éducation et confusion des messages. Les entrevues ont révélé que les efforts de formation continue sont aléatoires plutôt que planifiés en vue de répondre à des besoins objectivement choisis. Les différentes sources d'éducation – ordres professionnels, associations, facultés de sciences de la santé, entreprises et autres – communiquent souvent des messages contradictoires ou prêtant à confusion.

5. Surcharge d'information. Les fournisseurs de soins de santé doivent relever un défi constant qui consiste à intégrer d'énormes volumes de nouvelles données scientifiques afin de rester à jour et d'acquérir les compétences nécessaires pour prendre des décisions cliniques pour leurs patients¹⁹⁷.

4.3.2 Soutien à l'intégration des données dans la pratique

Le cycle d'amélioration continue de la qualité – Plan-mise en oeuvre-examen-action – si simple qu'il puisse sembler, est sous-tendu par une théorie très approfondie. Pour apporter des changements à un processus ou à une organisation, il faut être en mesure :

- d'évaluer les nouvelles idées et de les convertir en pratiques;
- de mesurer le rendement en fonction des résultats;
- d'analyser les différences en matière de soins et leurs causes;
- de coordonner les stratégies et les messages entre les disciplines et les systèmes;
- d'évaluer continuellement les résultats.

Avons-nous la capacité de faire tout cela en Ontario aujourd'hui?

ÉVALUER LES NOUVELLES IDÉES ET LES CONVERTIR EN PRATIQUES :

Les professionnels de la santé ont besoin d'aide pour surmonter la surcharge d'information et relever le défi que constitue la nécessité d'assimiler des volumes importants de données et d'évaluer, d'interpréter et de mettre en pratique les nouvelles idées. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario le fait dans certains domaines de pratique dans le cadre de ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires de soins infirmiers¹⁹⁸. Le Comité consultatif des guides de pratique clinique, initiative conjointe du ministère et de l'Ontario Medical Association, a passé en revue des centaines de lignes directrices sur les pratiques cliniques et produit plus de 70 sommaires des meilleures données disponibles. Action Cancer Ontario produit et met à jour régulièrement des lignes directrices sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer. Il nous faut à présent une initiative globale et multidisciplinaire de revue, d'évaluation et de diffusion des messages clés issus de la recherche et de coordination des messages sur les nouvelles idées qui méritent d'être adoptées.

MESURER LE RENDEMENT EN FONCTION DES RÉSULTATS :

Afin d'améliorer le rendement, nous devons d'abord mesurer les pratiques au départ, c'est-à-dire avant d'introduire des changements, puis mesurer la différence que ces changements ont permis d'obtenir. Dans la partie 3.7.3, nous avons noté certains progrès dans la mesure du rendement des soins de santé, mais il nous faut des données beaucoup plus fiables qui nous permettent d'évaluer le rendement individuel.

¹⁹⁶ Quelques exemples :

- petits groupes interactifs du Collège des médecins de famille du Canada – Premi J, Shannon S, Hartwick K, Lamb S, Wakefield J et Williams J. (1994) Practice based small group CME. *Academy of Medicine*; 69 (10): 800-2;
- apprentissage basé sur la pratique en médecine;
- inclusion de méthodes de formation continue des infirmières basées sur le portfolio d'apprentissage.

¹⁹⁷ Bloom BS. (2005) Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(3): 380-385.

¹⁹⁸ Exemples : Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response (2005); Promoting Asthma Control in Children (2004); Best Practice Guideline for the Subcutaneous Administration of Insulin in Adults with Type 2 Diabetes (2004); Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses (2003).

ANALYSER LES DIFFÉRENCES EN MATIÈRE DE SOINS ET LEURS CAUSES :

En Ontario, l'Institut de recherche en services de santé examine les différences en matière de soins de santé¹⁹⁹ et a réalisé certaines études sur l'utilisation de la rétroaction par les fournisseurs de soins en vue d'améliorer leur rendement²⁰⁰. Mais mis à part ces travaux et certains réalisés par Action Cancer Ontario, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer en continu les lacunes dans les niveaux de soins dispensés, ni leurs causes, ni encore les obstacles qui empêchent l'application générale des pratiques exemplaires.

COORDONNER LES STRATÉGIES ET LES MESSAGES ENTRE LES DISCIPLINES ET LES SYSTÈMES :

Comme nous l'avons signalé tout au long de notre rapport, un certain nombre d'efforts ont été entrepris en vue d'améliorer le rendement du système de santé. Mais nous devons apporter des changements au système et en même temps à l'action des intervenants individuels, afin d'assurer l'intégration et par conséquent l'efficacité de nos efforts. Dans le chapitre 5, nous allons aborder les pratiques exemplaires dans le soin des patients atteints de maladies chroniques. Mais nous devons également envisager les éléments au sein du système de santé qui découragent ou encouragent l'application des pratiques exemplaires. Nous avons déjà évoqué la responsabilisation au plan de la qualité : est-il envisageable de faire dépendre l'agrément des organismes du degré d'observation des pratiques exemplaires par les professionnels qui y travaillent? Le permis d'exercice des professionnels devrait-il être reconduit ou non en fonction de leur application des pratiques exemplaires?

Il serait possible d'améliorer l'application des pratiques exemplaires en mettant en place des rappels automatiques, ainsi que des procédures de vérification et de rétroaction qui permettraient aux praticiens de comparer leur rendement à celui de leurs confrères.

ÉVALUER CONTINUUELLEMENT LES RÉSULTATS :

Toute initiative d'amélioration du rendement doit être évaluée, modifiée puis évaluée encore afin qu'elle parvienne effectivement à l'amélioration prévue, c'est-à-dire en dernière analyse, à un meilleur état de santé des Ontariens. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé peuvent constituer un moyen de consolider et de coordonner les changements de comportement des aidants. Les réseaux peuvent collaborer avec la communauté et les fournisseurs

de soins en vue de définir les priorités et d'élaborer des plans de soins de bonne qualité qui recoupent les limites entre institutions et intègrent les efforts d'adoption de pratiques exemplaires.



4.4 MODÈLE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ – LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE

La Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario est un exemple d'un modèle étendu à l'échelle de la province pour améliorer le rendement dans plusieurs organismes de soins de santé différents. Comme nous l'avons signalé dans la partie 3.1.2, l'accès aux cinq services de santé visés par la stratégie – chirurgie du cancer, interventions cardiaques, arthroplastie des articulations, examens diagnostiques et chirurgie de la cataracte – s'améliore, mais pourquoi?

4.4.1 Éléments du succès

La Stratégie de réduction des temps d'attente en Ontario a été mise en œuvre afin de parvenir à un objectif clair au plan des politiques : réduire les temps d'attente et accroître l'accès à cinq grands services de santé. La stratégie adoptée était claire :

- augmentation significative du nombre d'interventions dans le but de rattraper les retards accumulés au cours de la dernière décennie;
- investissement dans de nouvelles technologies plus efficaces telles que les appareils d'IRM et prolongation des heures de service;



¹⁹⁹ Trouvé à : www.ices.on.ca.

²⁰⁰ Par exemple – Hux J, Melady M et DeBoer D. (1999) Confidential prescriber feedback and education to improve antibiotic use in primary care: a controlled trial. *CMAJ*; 161(4): 388-392.



- uniformisation de pratiques exemplaires dans les fonctions médicales et administratives en vue d'accélérer le mouvement des patients et de favoriser l'efficacité;
- revue des processus afin d'assurer que les salles d'opération, les établissements de soins critiques et les ressources humaines sont tous utilisés à leur plein potentiel;
- collecte de renseignements exacts et à jour sur les temps d'attente et consignation de ces renseignements dans un rapport pour faciliter la prise de décisions judicieuses et favoriser la reddition des comptes en matière de temps d'attente.

La Stratégie de réduction des temps d'attente a bénéficié d'un solide leadership et de la participation des médecins à la planification. Le travail dans chaque domaine a été guidé par des comités d'experts (équipes constituées de médecins experts, d'autres praticiens et de gestionnaires de haut niveau) qui ont analysé la situation et élaboré des recommandations en vue de l'amélioration²⁰¹. Les membres des panels ont joué un rôle clé en introduisant les recommandations dans leurs propres hôpitaux et en guidant leurs confrères dans leur application. Des équipes spéciales ont été créées pour encadrer les hôpitaux afin de les aider à améliorer les soins qu'ils dispensaient. Des ententes formelles et des suppléments de financement ont permis d'assurer que les changements seraient mis en oeuvre sans pour autant réduire les soins dans d'autres domaines.

Si la stratégie a fonctionné, c'est en partie grâce à la création du Système d'information sur les temps d'attente. Il était en effet essentiel de disposer de renseignements exacts pour gérer les temps d'attente. Le public peut se renseigner sur les temps d'attente dans chaque région en visitant www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_times/f/wait_mnf.html. Les hôpitaux peuvent également comparer leurs progrès à ceux des autres établissements, ce qui les encourage encore à s'améliorer.

Cette stratégie suscite l'amélioration et l'innovation. En voici quelques exemples :

- le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton a établi un partenariat avec d'autres hôpitaux au sein du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant afin de créer un système centralisé d'aguillage pour la chirurgie de la cataracte;

- les hôpitaux et les centres communautaires d'accès aux soins des RLSS Centre-Ouest et Simcoe Nord-Muskoka ont pris une mesure semblable pour les arthroplasties des articulations;
- le plan régional de lutte contre le cancer de Champlain, qui vise essentiellement l'Hôpital d'Ottawa, est un partenariat réunissant tous les hôpitaux de cancérologie de l'Est de l'Ontario en vue d'améliorer la qualité et de réduire les temps d'attente.

4.4.2 Impact au-delà des cinq priorités en matière de temps d'attente

Certaines personnes s'inquiètent à l'idée que l'importance attachée à cinq domaines prioritaires doit obligatoirement réduire les ressources dont disposent les autres secteurs de la santé. De telles « conséquences imprévues » constituent un sujet de préoccupation dans tout projet d'amélioration et doivent être suivies et prises en compte. L'Institut canadien d'information sur la santé a récemment mesuré l'augmentation du nombre d'interventions prioritaires et d'autres interventions chirurgicales. Compte tenu du profil d'âge et de l'accroissement de la population, le nombre d'interventions prioritaires a considérablement augmenté depuis un an, tandis que le nombre de patients subissant d'autres interventions restait relativement stable dans l'ensemble²⁰². Toutefois, aucune étude n'a encore été menée pour mesurer l'impact de la Stratégie sur les temps d'attente pour toutes les autres interventions ou les contraintes exercées sur les ressources humaines et les établissements et se répercutant sur d'autres programmes du secteur de la santé.

Entre-temps, le Système d'information sur les temps d'attente a été étendu à la mesure de tous types de chirurgie, en commençant par la chirurgie générale, l'orthopédie et l'ophtalmologie²⁰³, afin de permettre le suivi de l'impact de la stratégie sur l'ensemble de la chirurgie. Le système permettra également de recueillir des données en vue de l'amélioration de la qualité dans tous ces secteurs.

La Stratégie de réduction des temps d'attente peut être avantageusement utilisée dans d'autres secteurs des soins puisqu'elle est basée sur la « cartographie des soins », c'est-à-dire le suivi de l'itinéraire des soins depuis le diagnostic jusqu'à la chirurgie, le rétablissement et les soins intensifs, afin de trouver la méthode la plus efficiente à suivre dans le

²⁰¹ Pour une étude détaillée, voir Trypuc J, Hudson A et Macleod H. (2006) Expert Panels and Ontario's Wait Time Strategy. *Healthcare Quarterly*; 9 (3): 43-49.

²⁰² Tendances du volume d'interventions chirurgicales liées ou non aux domaines prioritaires associés aux temps d'attente, Institut canadien d'information sur la santé, 2007. Trouvé à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/surgical_volume_trends_jan2007_e.pdf. Consulté le 5 février 2007.

²⁰³ Hudson A, communication personnelle, 29 novembre 2006.

soin des patients. Ceci a permis de formuler des recommandations en vue d'améliorer l'efficacité de toutes les interventions chirurgicales²⁰⁴. Grâce à l'introduction du système d'information sur la chirurgie et du système d'information sur les soins intensifs, nous devrions être à même de mesurer l'impact de ces changements d'ici un an²⁰⁵. Les comités d'experts en pédiatrie, en traumatismes et en diabète préparent des rapports sur la possibilité d'élargir la Stratégie de réduction des temps d'attente.

4.4.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité

L'un des premiers buts de la Stratégie de réduction des temps d'attente était de normaliser les pratiques exemplaires pour les fonctions médicales et administratives dans les cinq domaines prioritaires. À présent, la stratégie est étendue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les soins chirurgicaux. Un comité d'experts va étudier les moyens de parvenir à cet objectif; il est prévu d'inclure l'amélioration des niveaux de qualité et de sécurité parmi les conditions du financement dans les domaines prioritaires²⁰⁶.

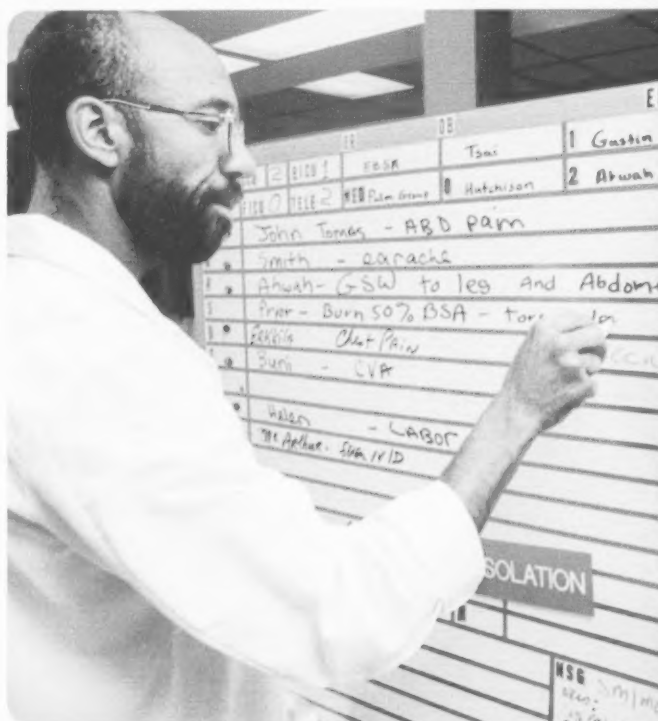
Ceci nous ramène à la question posée dans la partie 4.3 : dans quelle mesure l'Ontario a-t-il la capacité de soutenir des soins de haute qualité, fiables et basés sur les données? Grâce à la Stratégie de réduction des temps d'attente, l'Ontario s'est doté d'une capacité améliorée de mesurer le rendement en chirurgie. Les comités d'experts et l'Institut de recherche en services de santé ont analysé les lacunes dans les soins. De concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, nous avons la possibilité de coordonner l'utilisation des pratiques exemplaires et d'évaluer si leur utilisation permet d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients.

Malheureusement, nos efforts sont limités par notre capacité inégale d'évaluer les nouvelles idées en matière de pratiques exemplaires et de les traduire dans la réalité, ainsi que d'intégrer dans la pratique les leçons que nous en tirons. La Stratégie de réduction des temps d'attente permet d'atteindre cet objectif, avec l'appui d'Action Cancer Ontario et du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, lesquels possèdent une certaine expérience de l'amélioration des pratiques médicales. Il semble que l'amélioration continue de la qualité dépende d'une expertise en matière clinique et d'amélioration de la qualité, qui donne les moyens d'analyser et d'encourager l'adoption des pratiques exemplaires dans la province, en suivant les modèles couronnés de succès mis en œuvre pour le traitement du cancer et les soins cardiaques.

4.5 CONCLUSIONS

L'amélioration continue de la qualité est basée sur un cycle réitéré : plan-mise en œuvre-examen-action. Pour introduire ce cycle dans l'ensemble du système de santé de la province, nous devons établir qui est responsable d'améliorer la qualité et d'intégrer les soins au niveau du système et des pratiques individuelles. Le COQSS a pour mission de présenter un rapport chaque année et les réseaux locaux d'intégration des services de santé feront de même. Ensuite, nous devons organiser l'évaluation des organismes individuels de soins de santé par des tiers indépendants, avec publication des résultats.

Lorsque nous obtenons de meilleurs résultats, c'est que nous suivons les lignes directrices pour l'amélioration des soins de santé, en renforçant le leadership, en faisant changer la culture organisationnelle; en mettant en place les stratégies et les politiques appropriées et en veillant à nous doter des structures et des ressources nécessaires pour recueillir et mesurer les données. Nous privilégions la communication, la formation et l'engagement des fournisseurs de soins. Nous collaborons avec des fournisseurs individuels en vue de changer leurs pratiques. Ces mesures donnent de bons résultats dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente. Nous pouvons envisager le jour où ces mêmes idées sont appliquées de façon durable afin d'améliorer tous les aspects du système.



²⁰⁴ Pour une étude détaillée, voir Trypuc J, Hudson A et Macleod H. (2006) The Pivotal Role of Critical Care and Surgical Efficiencies in Supporting Ontario's Wait Time Strategy. *Healthcare Quarterly*, 9 (4): 37-45.

²⁰⁵ Hudson A, communication personnelle, 13 novembre 2006.

5



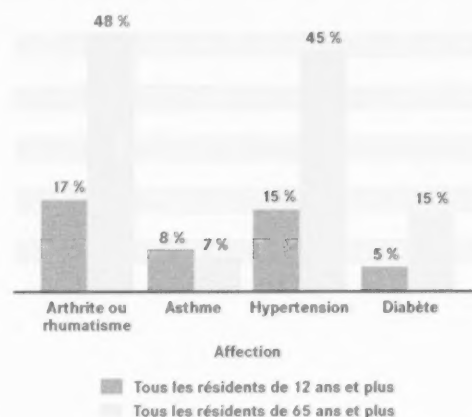
PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES EN ONTARIO



Il n'est pas étonnant que le public et les médias aient tendance à s'intéresser à la salle d'urgence et à la salle d'opération, considérées comme le cœur palpitant du système de santé. Il s'agit en effet de lieux impressionnants où l'action ne manque pas. D'ailleurs, le système de santé a été conçu à l'origine pour prendre en charge des affections aiguës comme l'appendicite, ou encore des épidémies ou des blessures subies dans des collisions ou d'autres lésions semblables. Mais le véritable phénomène des soins de santé modernes est lié à la montée des maladies chroniques, c'est-à-dire les maladies avec lesquelles les patients vivent pendant des années, comme les maladies du cœur et le diabète. Selon leurs dires, un Ontarien sur trois (tous âges confondus) est atteint d'une maladie chronique ou plus²⁰⁶. Parmi les plus de 65 ans, dans tout le Canada, 80 pour cent ont une maladie chronique et de ceux-là, 70 pour cent environ sont atteints de deux maladies chroniques ou davantage²⁰⁷.

Au moins 60 pour cent des coûts de soins de santé en Ontario sont dus aux maladies chroniques²⁰⁸. Il faut toutefois reconnaître, hélas, qu'une bonne partie des maladies chroniques seraient susceptibles de prévention, et que nous pourrions prendre en charge de façon beaucoup plus efficace celles qui ne pourraient être évitées. Le COQSS a décidé d'étudier la prise en charge des maladies chroniques en s'intéressant particulièrement aux patients qui sont

Prévalence autodéclarée de certaines affections chroniques, population de l'Ontario, 2005



Source : Rapports sur les indicateurs de la santé, Statistique Canada, 2005. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 3.1, 2005) (Statistique Canada).

surtout suivis dans les cabinets de soins de santé primaires et non pas les centres spécialisés. (Le présent rapport ne porte pas sur le système de cancérologie.)

²⁰⁶ Conseil canadien de la santé, 2007, Renouvellement des soins de santé – Leçons du diabète – Toronto, Ontario. Données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Statistique Canada – Ottawa.

²⁰⁷ Gilmour H et Park J. (2005) Dependency, chronic conditions, and pain in seniors. *Health Reports* 1:21-31.

Trouvé à : <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-003-SIE/2005000/pdf/82-003-SIE20050007443.pdf>. Consulté le 2 novembre 2006.

Les auteurs prennent en compte les affections suivantes dans leurs calculs : arthrite ou rhumatisme, asthme, maladie d'Alzheimer ou autres démences, troubles du dos, troubles de l'intestin/maladie de Crohn/colite ulcéreuse, cancer, cataractes ou glaucome, hypersensibilités chimiques, bronchite/emphysème/maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), syndrome de fatigue chronique, diabète, effets d'un AVC, épilepsie, fibromyalgie, maladies cardiaques, troubles mentaux, migraines, troubles de la thyroïde, ulcères de l'estomac et de l'intestin et incontinence urinaire.

²⁰⁸ Il n'existe pas d'étude récente et complète sur le coût des maladies chroniques en Ontario, mais une étude récemment menée en Nouvelle-Écosse a conclu que 60 pour cent des coûts de santé encourus par la province étaient attribuables aux maladies chroniques. Colman R, Hayward K, Monette A et coll. The cost of chronic disease in Nova Scotia. *GPI Atlantic*. Trouvé à : <http://gov.ns.ca/health/downloads/chronic.pdf>. Visité le 2 octobre 2006. En 2004, le Centers for Disease Control aux États-Unis a conclu que les personnes atteintes d'affections chroniques consommaient 75 pour cent des coûts du système de santé. Trouvé à : <http://www.cdc.gov/nccdphp/burdenbook2004/>. Consulté en octobre 2006. Le second chiffre est peut-être plus élevé en raison du fait que certaines personnes atteintes d'affections chroniques peuvent présenter des affections aiguës non apparentées; inversement, le premier chiffre est peut-être plus bas à cause de l'exclusion des troubles aigus (p. ex., les chutes chez les personnes âgées) qui sont pourtant souvent reliés aux problèmes chroniques.

5.1 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES MALADIES CHRONIQUES

La plupart des maladies aiguës surviennent soudainement et ont une seule cause. Elles sont relativement faciles à diagnostiquer et sont souvent susceptibles de guérison. Les patients atteints de maladies aiguës sont souvent très malades et incapables de travailler ou de jouer un rôle dans la société. Par contraste, les maladies chroniques commencent en

général lentement, ont des causes multiples, ne s'accompagnent pas toujours de symptômes et ne sont pas susceptibles de guérison, même s'il est certainement possible de les traiter et d'en prévenir les complications. Les patients atteints de maladies chroniques sont en général capables de travailler et de continuer de jouer un rôle au sein de leur famille, mais ils ont parfois besoin de soutien pour ce faire. Les personnes atteintes de maladies chroniques doivent assumer un rôle actif dans la prise en charge de leur affection²⁰⁹.

Un mode de vie sain (c'est-à-dire un environnement salubre, une alimentation équilibrée, une bonne condition physique, des relations familiales et sociales épanouissantes ainsi qu'un travail sûr et gratifiant) peut prévenir plus de 80 pour cent des cas de maladies coronariennes²¹⁰ et de diabète de type 2 (ce type représentant plus de 90 pour cent des cas de diabète)²¹¹, et plus de 85 pour cent des cas de cancer du poumon et de maladie pulmonaire obstructive chronique (comme l'emphysème)²¹². Si nous pouvions prévenir tous ces cas, nous pourrions libérer environ 2 900 lits d'hôpitaux chaque année dans la province²¹³.

Toutefois, les tendances en matière de santé et de maladie en Ontario sont le résultat d'un ensemble complexe de facteurs, souvent désignés comme les « déterminants sociaux de la santé »²¹⁴, qui vont du revenu au statut social, à l'éducation et aux soutiens sociaux, en passant par l'environnement physique, les habitudes saines, la culture et les services de santé, et qui se combinent avec le patrimoine biologique et génétique pour former le devenir mental et physique de chaque individu.

Comme nous le signalions dans la partie 3.5, les Autochtones de l'Ontario, qui ont généralement un revenu moins élevé, un degré d'instruction moins poussé et un taux de chômage plus élevé et qui vivent souvent dans un environnement physique défavorable, présentent des taux plus élevés de la plupart des maladies chroniques, y compris les maladies du cœur, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète, le cancer du poumon et la dépression. Les Ontariens immigrés présentent un taux plus élevé de diabète. Les Canadiens à faible revenu ont 50 pour cent plus de chances que les Canadiens à revenu élevé de déclarer être atteints d'une maladie chronique et trois fois plus de chances de déclarer être atteints de deux maladies chroniques ou davantage²¹⁵.

Cela dit, même chez les Canadiens plus aisés, la menace de la maladie chronique reste présente. Les personnes obèses sont beaucoup plus susceptibles d'être atteintes de maladies chroniques, et comme nous l'avons signalé dans la section consacrée à la santé de la population (partie 3.9), un Ontarien de plus de 18 ans sur trois présente une surcharge pondérale et 15 pour cent des Ontariens de ce groupe d'âge sont obèses. Il s'agit d'une augmentation considérable par rapport aux générations précédentes, même si le taux est resté stable depuis cinq ans. Il est consternant de penser aux souffrances personnelles et aux dépenses publiques que nous pourrions éviter si seulement nous faisions plus pour aider les gens à rester en bonne santé.

²⁰⁹ Ceci s'applique également aux personnes présentant un état permanent comme la douleur ou la gêne. Selon l'Enquête de 2005 sur la santé dans les collectivités canadiennes, 11 pour cent des Ontariens et 20 pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus ressentent une douleur ou une gêne qui fait obstacle au bon déroulement de leur vie quotidienne.

²¹⁰ Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE et coll. (2000) Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *New England Journal of Medicine*; 343: 16-22.

²¹¹ Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ et coll. (2001) Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New England Journal of Medicine*; 345: 790-797.

²¹² Doll R, Peto R, Wheatley K et coll. (1994) Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*; 309: 901-911.

²¹³ Tables réalisées à partir de données de l'Institut canadien d'information sur la santé. Trouvé à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=statistics_results_topic_hospital_e&cw_topic=Health%20Services&cw_subtopic=Hospital%20Discharges. Consulté le 10 novembre 2006. Ces affections ont représenté 950 000 jours d'hospitalisation, soit l'occupation de 2 870 lits d'hôpitaux environ (en supposant une capacité de 90 pour cent).

²¹⁴ Sous la direction de Dennis Raphael (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Publié par Canadian Scholars' Press.

²¹⁵ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Statistique Canada, Ottawa.

5.2 ÉVALUATION DU RENDEMENT DE L'ONTARIO DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Pour nous aider à évaluer dans quelle mesure nous prenons en charge les maladies chroniques, nous avons utilisé l'instrument Assessment of Chronic Illness Care²¹⁶ élaboré par la Group Health Cooperative de Puget Sound à Seattle. Cet outil d'évaluation est basé sur le modèle de soins des maladies chroniques élaboré par le même organisme²¹⁷, selon lequel un système qui assure une prise en charge de qualité des maladies chroniques comporte six éléments essentiels : la communauté, le système de santé, le soutien à l'autogestion, la conception du système de prestation, le soutien à la prise de décisions, et les systèmes d'information clinique. Correctement gérés, ces éléments devraient améliorer l'interaction entre les patients (qui participent activement à leurs propres soins) et les fournisseurs, qui possèdent les ressources et les compétences nécessaires pour les aider à améliorer autant que possible leur état de santé. Ce modèle a été affiné pour l'Ontario en y incorporant les différences clés entre le système américain et le système canadien²¹⁸.

La version de l'Ontario tient également compte de l'importance d'une politique gouvernementale axée sur la santé, des environnements favorables et de l'action communautaire; elle sert à la planification des programmes de prise en charge des maladies chroniques.

L'outil Assessment of Chronic Illness Care a été élaboré pour guider les améliorations obtenues dans la prise en charge des maladies chroniques, et les systèmes de santé de plusieurs pays l'ont utilisé²¹⁹. Notre rapport porte sur chacune des principales catégories : systèmes d'information clinique, liens avec la communauté, soutien à l'autogestion, soutien à la prise de décisions, conception du système de prestation, intégration du modèle de soins des maladies chroniques et organisation du système de santé. Pour comprendre cet instrument, nous avons étudié des cas réels en Ontario afin de montrer comment la prise en charge doit être réalisée. Nous avons également cherché à déterminer dans quelle mesure le système de santé de l'Ontario, dans son ensemble, assure la prise en charge des maladies chroniques. Pour la dernière catégorie, l'organisation du système de santé, nous avons dû chercher une pratique exemplaire hors de la province.

Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques de l'Ontario



²¹⁶ MacColl Center for Health Innovation - Assessment of Chronic Illness Care - version 3.5.

Trouvé à : http://www.improvingchroniccare.org/ACIC%20docs/ACIC_V3.5.doc. Consulté le 12 septembre 2006.

²¹⁷ MacColl Center for Health Innovation - Chronic care model. Trouvé à : <http://www.improvingchroniccare.org/change/model/components.html>. Consulté le 12 octobre 2006.

²¹⁸ Barr V, Robinson S, Marin-Link B et coll. (2003) The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Healthcare Quarterly*, 7 (1).

²¹⁹ Les régions sanitaires de Saskatoon et de Calgary l'ont utilisé pour évaluer les soins qui y sont dispensés aux patients atteints de maladies chroniques et le Saskatchewan Health Quality Council se sert de l'ACIC pour évaluer les pratiques à l'intention de son groupe collaboratif d'amélioration de la qualité des soins dans les maladies chroniques.

5.2.1 Systèmes d'information clinique

Des informations fiables sont essentielles pour la prise en charge des maladies chroniques. Comme le disent volontiers les spécialistes des soins de santé, ce qui ne se mesure pas ne peut être pris en charge. Comme dans tous les aspects des soins de santé, l'absence de dossiers électroniques de patients en Ontario entraîne des problèmes réels dans la mesure et par conséquent dans la prise en charge des maladies chroniques. La première étape dans la mesure des soins des maladies chroniques consiste à créer un registre, c'est-à-dire une liste de patients atteints d'affections spécifiques²²⁰. Les registres permettent de consigner des informations essentielles²²¹, par exemple de savoir si les patients atteignent les objectifs visés par le traitement, ou encore quels patients ne reçoivent pas des soins conformes aux lignes directrices, ou ne réagissent pas au traitement comme prévu. Les registres informatisés peuvent également produire des rappels aux soignants au sujet du plan de soins des patients et des mesures à prendre, ou encore des rappels aux patients sur les tâches reliées à leurs soins. Les registres permettent également de suivre les patients à risque élevé, en signalant ceux qui ont besoin d'une gestion plus intensive.

LE PARTENARIAT DE SERVICES DE SANTÉ DE SAULT STE. MARIE ET LE STONECHURCH FAMILY HEALTH CENTRE : LES DOSSIERS ÉLECTRONIQUES FONT TOUTE LA DIFFÉRENCE DANS LES PRATIQUES

Le Partenariat de services de santé de Sault Ste. Marie fournit depuis plus de 40 ans des services novateurs. Il y a 10 ans, le centre a reconnu la nécessité d'une meilleure gestion de l'information. Plus de 60 000 patients sont suivis par 38 médecins de famille et 27 spécialistes (18 à temps plein et neuf associés ou en visite), huit infirmières praticiennes, 100 infirmières autorisées et 50 autres professionnels de la santé. Un dossier médical électronique global a été introduit en 1997²²².

En 1998, le centre a commencé à suivre les patients diabétiques et à fournir une rétroaction à leurs fournisseurs de soins de santé grâce à un système de score basé sur les résultats de santé positifs dans le diabète. Ce score mesure neuf processus de soins et trois aspects de la santé. Au début, les soins dispensés obtenaient une note de 46 pour cent; celle-ci est à présent passée à 62 pour cent, un score loin de la perfection mais



bien meilleur que celui de la plupart des autres centres au Canada ou aux États-Unis, et qui soutient la comparaison même avec celui de la fameuse Group Health Cooperative à Seattle²²³.

Dans un autre coin de la province, le Stonechurch Family Health Centre à Hamilton, affilié à l'Université McMaster, utilise un dossier médical électronique mis au point par un médecin de famille, le Dr David Chan, et ses confrères de McMaster²²⁴. Nommé OSCAR (Open Source Clinical Application Resource [ressource d'application clinique en libre accès]), le système permet de consigner les rendez-vous, les diagnostics, les rencontres, les ordonnances et les tests de laboratoire et de diagnostic. Il offre également un soutien en ligne à la prise de décisions, en guidant les soignants tout au long des étapes et options de traitement, et produit même un rappel relié au dossier de chaque patient lorsque le moment est venu de dispenser un service. OSCAR peut établir une liste de patients en fonction de leurs diagnostics ou des médicaments qu'ils prennent, ce qui a par exemple permis au centre d'intervenir rapidement lorsque le médicament antiarthritique Vioxx a été rappelé en 2004, alors que la plupart des médecins ont dû passer en revue leurs dossiers un par un afin d'identifier les patients à risque.

Le serveur d'OSCAR est sécurisé même si le système peut obtenir des applications et des informations sur Internet. En outre, puisque OSCAR est un produit non breveté basé sur Linux, le code est ouvert et disponible gratuitement pour tous ceux qui désirent l'utiliser et le modifier. Des groupes de Colombie-Britannique, du Brésil et d'Australie s'en servent, ainsi que l'Université Harvard, et une version à l'intention des patients, baptisée « OSCAR Citizen », est sur le point de paraître. Cette dernière permettra à un patient de reconstituer son propre dossier²²⁵, auquel les fournisseurs de soins peuvent ajouter leurs conclusions directement grâce à une connexion Internet sécurisée.

²²⁰ Metzger J. (2004) Using Computerized Registries in Chronic Disease Care. California Healthcare Foundation; Schmittiel J, Bodenheimer T, Solomon NA et coll. (2005) The Prevalence and Use of Chronic Disease Registries in Physician Organizations: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine*; 20: 855-858; Stroebe RJ, Scheitel SM, Fitz JS et coll. (2002) A randomized trial of three diabetes registry implementation strategies in a community internal medicine practice. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*; 28: 441-50.

²²¹ Schmittiel J, Bodenheimer T, Solomon NA et coll. (2005) The Prevalence and Use of Chronic Disease Registries in Physician Organizations: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine*; 20: 855-858.

²²² Murray D. The Group Health Centre Model – working to improve continuity, comprehensiveness and responsiveness in primary care. Presentation to the Research Group on Equity of Access and Organization on Primary Health Care Services. Trouvé à : <http://www.greas.ca/publication/pdf/davidmurray.pdf>. Consulté le 2 novembre 2006.

²²³ Trouvé à : <http://www.oscarmcmaster.org/oscar/app-modules>. Consulté en octobre 2006.

²²⁴ Chan D. Free/Libre Open Trouwé Software (FLOSS) in Health Care: showcase of OSCAR, a Canadian product. Presentation. 12 novembre 2006; Trouvé à : www.oscarmcmaster.org. Consulté en octobre 2006.

²²⁵ Trouvé à : <http://www.oscarmcmaster.org/oscar/app-modules>. Consulté en octobre 2006.

SYSTÈMES D'INFORMATION CLINIQUE : L'ONTARIO EN RETARD

Dans une récente enquête menée dans sept pays, les médecins de famille canadiens ont présenté le plus faible taux d'adoption des dossiers électroniques et la plus faible capacité de production de registres de patients présentant des diagnostics spécifiques²⁷⁰. Environ la moitié des répondants canadiens ont déclaré qu'il était très difficile ou impossible de produire la liste des médicaments pris par un patient, ou d'identifier les patients qui étaient en retard pour recevoir des soins pour une maladie chronique ou des soins préventifs. Au Royaume-Uni, en revanche, moins de 5 pour cent des médecins de famille éprouvent des difficultés à produire des listes de patients²⁷¹.

Certains médecins prétendent qu'ils prennent très bien les patients en charge sans registre, mais lorsque leurs pratiques font l'objet d'une évaluation formelle, celle-ci mène souvent à la constatation que les soins qu'ils dispensent ne sont pas conformes aux lignes directrices²⁷². Un médecin qui a participé au projet coopératif de soins de santé primaires de la Vancouver Island Health Authority²⁷³ affirmait qu'il estimait prendre en charge correctement ses patients atteints de maladies chroniques, jusqu'à ce qu'il reçoive les données réelles sur ceux-ci, qui lui ont permis de constater que son niveau de conformité aux lignes directrices n'était que de 50 pour cent²⁷⁴.

Une enquête canadienne menée auprès des patients asthmatiques révèle que les patients, tout autant que les fournisseurs de soins, peuvent finir par croire que les choses vont mieux que ce n'est le cas en réalité. Dans cette enquête, 57 pour cent des patients asthmatiques présentaient une maîtrise médiocre de leur maladie et 50 pour cent avaient eu besoin de soins d'urgence pour une crise d'asthme pendant l'année qui avait précédé l'enquête. Malgré cela, 91 pour cent des patients considéraient que leur maladie était bien maîtrisée et 77 pour cent des médecins de famille et 90 pour cent des spécialistes interrogés déclaraient qu'ils étaient en général capables de parvenir à un contrôle optimal pour leurs patients²⁷⁵. Dans la partie 3.4, nous avons noté que les Ontariens se déclarent très satisfaits de leurs soins. En réalité, les taux élevés de satisfaction des patients à l'égard des soins masquent souvent la médiocrité de ces derniers, méconnue aussi bien des professionnels que des patients.

5.2.2 Action communautaire et liens avec la communauté

Comme nous le signalions dans la partie 3.9 du rapport, les déterminants non médicaux de la santé comme la pauvreté et l'insalubrité du logement ont un impact au moins aussi important sur la santé globale du public que le système de santé. Ces déterminants sont également importants au niveau individuel. En dernière analyse, peu importe qu'un médecin parvienne à faire correctement un diagnostic délicat si le patient n'a pas les moyens de payer le médicament qu'il lui prescrit. Autrement dit, le système de santé devrait contribuer à surmonter les obstacles non médicaux qui s'opposent au traitement, en collaborant avec des organismes communautaires qui peuvent fournir certaines des ressources dont les patients ont besoin, depuis le logement jusqu'à l'assistance dans la recherche d'alimentation et de travail. Les lignes directrices relatives aux soins qui sont données dans les plans de santé régionaux devraient incorporer l'obligation d'établir une liaison avec les services communautaires.



²⁷⁰ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*; 11:w555-w571. Trouvé à : <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.25.w555/DC1>. Consulté le 2 novembre 2006.

²⁷¹ Banerjee S, Shamash K, MacDonald AJD et coll. (1996) Randomised trial of effect of intervention by psychiatric team on depression in frail elderly people at home. *British Medical Journal*; 313: 1058-1061.

²⁷² Hayward RSA, Guyatt GH, Moore K-A et coll. (1997) Canadian Physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *Journal de l'Association médicale canadienne*; 156: 1715-1723; Hutchison B, Woodward CA, Norman GR et coll. (1998) Provision of preventive care to unannounced standardized patients. *Journal de l'Association médicale canadienne*; 158: 185-193.

²⁷³ Vancouver Island Health Authority Chronic Disease Plan. Juin 2006. Trouvé à : <http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/1C51DA78-06F6-4D84-A77C-794474337BA0/0/CDMPPlanFinal.pdf>. Consulté le 20 novembre 2006.

²⁷⁴ Wray G. The BC CDM Collaborative: Background, lessons learned, and a physicians' experience - First learning session of the second Saskatchewan Health Quality Council primary chronic disease management collaborative, Saskatoon. Présentation : 17 novembre 2006.

²⁷⁵ Chapman KR, Ernst P, Grenville A et coll. (2001) Control of asthma in Canada: Failure to achieve guideline targets. *Canadian Respiratory Journal*; 8 (A): 35A-40A.

LE LONDON INTERCOMMUNITY HEALTH CENTRE : DES RESSOURCES POUR LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE

Dans les années 1990, le London InterCommunity Health Centre a mis au point un programme de lutte contre le diabète correspondant aux besoins spéciaux de l'importante collectivité latino-américaine de la ville, qui présente un taux élevé de cette maladie²⁹². Le programme englobe également d'autres groupes présentant un taux élevé de diabète, y compris les personnes atteintes de maladies mentales graves. Il permet d'effectuer un dépistage des groupes à risque élevé et s'efforce d'empêcher que les personnes qui y appartiennent contractent le diabète, ou à défaut, leur offre des soins de suivi afin de réduire les complications. Puisque l'exercice et la perte de poids jouent un rôle important dans la prévention et la maîtrise du diabète, le centre parraine également un programme de marche à pied ainsi que des activités de marche régulières et assure le suivi de la perte de poids. Le centre possède un dossier électronique pour chaque patient et évalue en permanence l'efficacité du programme, lequel se solde par une excellente prise en charge du diabète.

Toutefois, selon une infirmière praticienne, même si les patients doivent parfois voir un professionnel comme un diététiste, environ 75 pour cent du temps, les plus gros problèmes qu'ils doivent surmonter sont de nature sociale plutôt que médicale. Après une évaluation initiale par une infirmière, beaucoup de patients sont adressés à un agent de santé communautaire ou à un travailleur social. Les agents de santé communautaire, dont certains originaires d'Amérique latine, affirment qu'ils peuvent souvent expliquer le diabète non maîtrisé par des stress sociaux, et qu'ils doivent aider leurs clients à surmonter des problèmes allant de l'analphabétisme aux mauvaises relations avec les propriétaires de leurs logements.

ACTION COMMUNAUTAIRE ET LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ : L'ONTARIO A BESOIN D'UNE ACTION INTENSIFIÉE

Le London InterCommunity Health Centre fait exception car, dans la plupart des cas, le système de santé de l'Ontario parvient mal à établir des liens entre les personnes atteintes de maladies chroniques et les ressources communautaires. Peu de pratiques évaluent les obstacles psychologiques, sociaux et économiques qui s'opposent à l'accès de leurs patients aux soins. Selon une étude portant sur les patients arthritiques, les professionnels de soins primaires n'avaient adressé aucun patient à la société de l'arthrite et moins de

10 pour cent des patients avaient reçu le numéro sans frais de la société avant l'étude. Cinquante-neuf pour cent des Canadiens qui déclaraient avoir été déprimés pendant l'année qui avait précédé l'enquête n'avaient pas reçu de services de santé mentale, même si plus de 90 pour cent d'entre eux avaient visité un médecin de famille au cours des 12 mois précédents²⁹³.

5.2.3 Soutien à l'autogestion

L'« autogestion » décrit la participation des patients atteints de maladies chroniques à leurs propres soins. Beaucoup de maladies chroniques doivent faire l'objet d'une étroite surveillance et certaines mesures – comme le poids chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque congestive, ou la glycémie chez les diabétiques – doivent être vérifiées régulièrement. En général, plus les patients sont suivis de près et plus il est possible d'adapter les soins qu'ils reçoivent à leurs besoins quotidiens, ce qui est essentiel pour empêcher l'apparition d'une crise de santé chez les patients atteints de maladies chroniques. Moyennant une sensibilisation appropriée quant aux autosoins, les patients peuvent se suivre eux-mêmes beaucoup mieux que le système ne le peut. Ils doivent apprendre comment ajuster leurs propres médicaments et leur mode de vie selon l'évolution de leur maladie, de jour en jour et d'heure en heure. L'autogestion par les patients peut améliorer les résultats et réduire le coût du traitement de l'arthrite, de l'asthme, des maladies cardiaques et d'autres affections. Apprendre l'autogestion signifie apprendre à résoudre les problèmes et à prendre les décisions de manière structurée et aussi comment utiliser les ressources et former des partenariats avec le système de santé²⁹⁴. Idéalement, les besoins en autogestion devraient être systématiquement évoqués pendant les visites de suivi.

LE STONECHURCH FAMILY HEALTH CENTRE SOUTIENT L'AUTOGESTION PAR LES PATIENTS

Le Stonechurch Family Health Centre à Hamilton a récemment mis à l'essai un projet de réadaptation à l'intention des patients âgés de plus de 45 ans atteints de maladies chroniques qui avaient visité la pratique familiale au moins quatre fois pendant l'année précédente. Les patients du groupe d'intervention ont été évalués par un ergothérapeute et un physiothérapeute et des programmes de soins individualisés ont été mis en place à leur intention, tandis que des buts en matière d'exercice, de nutrition et de gestion du stress s'étaient ajoutés à leurs plans de soins. À la

²⁹² Voir le site Web du London InterCommunity Health Centre : <http://www.lihc.on.ca/>, celui du Latin American Diabetes Program : <http://www.pdiabetes.com/>.

²⁹³ Wang JL, Langille DB et Patten SB. (2003) Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors. *Psychiatric Services*; 54: 878-883.

²⁹⁴ Bodenheimer T, Long K, Holman H et coll. (2002) Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*; 288: 2469-2475; Menéndez-Jándula B, Souto JC, Oliver A et coll. (2005) Comparing Self-Management of Oral Anticoagulant Therapy with Clinic Management: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*; 142: 1-10.

²⁹⁵ Bodenheimer T, Long K, Holman H et coll. (2002) Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*; 288: 2469-2475.



fin de l'étude de deux ans, les patients en réadaptation avaient fait moins de chutes et leurs soignants signalaient qu'ils présentaient moins de stress. Selon les enquêteurs, les soins dispensés aux participants à l'hôpital coûtaient environ 450 \$ de moins que ceux fournis aux patients recevant des soins de routine²³⁶.

LE RÉSEAU ONTARIEN D'AUTOGESTION : DES RÉSULTATS MÉDIOCRES

Malgré ces exemples de la différence que l'autogestion permet d'obtenir dans la prise en charge des maladies chroniques, nous obtenons des résultats médiocres lorsqu'il s'agit de l'encourager. Le Groupe de travail sur le diabète créé en 2004 par le ministère de la Santé de l'Ontario estime que seulement 28 pour cent des personnes diabétiques ont accès à une éducation et à des soins structurés en matière de diabète²³⁷. Moins de 50 pour cent des fournisseurs de soins donnent aux patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive des instructions écrites sur le suivi de leur poids, lequel représente pourtant la pierre angulaire de l'autogestion pour cette affection²³⁸.

La liste est longue : moins de 50 pour cent des patients canadiens atteints d'arthrite font l'objet d'une évaluation de leur capacité à gérer leur maladie ou reçoivent des conseils sur l'alimentation et le régime²³⁹, et moins du quart déclarent avoir reçu des renseignements, quels qu'ils soient, sur leur maladie, même en comptant les dépliants²⁴⁰. Les patients asthmatiques ne sont

guère mieux lotis, puisqu'ils sont mal informés sur leur maladie²⁴¹ au point de déclarer, dans 85 pour cent des cas, que leur maladie est maîtrisée de façon adéquate ou satisfaisante alors qu'une évaluation objective permet de constater que leur asthme est en fait mal maîtrisé. Seulement 20 pour cent des patients déclarent avoir reçu un plan de soins écrit et la moitié seulement se rappellent les instructions qu'ils avaient reçues en cas de flambée d'asthme²⁴¹. La majorité des patients asthmatiques canadiens maîtrisent mal leur maladie.

Selon une enquête menée par la Change Foundation auprès de 66 programmes de prise en charge des maladies chroniques en Ontario, moins de 30 pour cent de ceux-ci font participer les patients et leurs familles directement à la planification²⁴². Les auteurs d'une enquête internationale ont constaté que les médecins canadiens sont les moins susceptibles de rédiger des plans de soins écrits à l'intention des patients atteints de maladies chroniques²⁴³, et les patients canadiens sont les moins nombreux à déclarer que les hôpitaux où ils ont été traités les font participer à leurs soins²⁴⁴. Or, cette situation n'est pas inévitable puisque d'autres systèmes de soins de santé offrent un solide soutien à l'autogestion par les patients. Au Royaume-Uni, le National Health Service s'est doté du Expert Patients' Programme, qui offre une formation en autogestion à tous les patients atteints de maladies chroniques²⁴⁵.

²³⁶ Letts I. et Richardson J., communication personnelle, 26 octobre 2006.

²³⁷ Groupe de travail sur le diabète. Rapport au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. Trouvé à : http://www.health.gov.on.ca/french/public/publ/ministry_reports/diabetes_taskforce/diabetes_taskforce.pdf. Consulté le 14 octobre 2006.

²³⁸ Sharing Accountability for patients: lessons from CHF, avril 2005, The Change Foundation. Trouvé à : [http://www.changefoundation.com/tcf/TCFBul.nsf/e0f92439bd3e9bb6852565c500033ec6/\\$cc6/Seca2948515d406b8525708f0053dec9/\\$FILE/chf-xsec-act-report-final%5B1%5D.pdf](http://www.changefoundation.com/tcf/TCFBul.nsf/e0f92439bd3e9bb6852565c500033ec6/$cc6/Seca2948515d406b8525708f0053dec9/$FILE/chf-xsec-act-report-final%5B1%5D.pdf). Consulté le 25 novembre 2006.

²³⁹ Glazier RH, Badley EM, Linaker SC, Wilkins AL et Bell MJ. (2005) Getting a Grip on Arthritis: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. *Journal of Rheumatology*; 32: 137-42.

²⁴⁰ Rachlis MM (2005) Prescription for Excellence. Harper Collins Canada, Toronto. Page 310.

²⁴¹ Chapman KR, Ernst P, Grenville A et coll. (2001) Control of asthma in Canada: Failure to achieve guideline targets. *Canadian Respiratory Journal*; 8 (A): 35A-40A.

²⁴² Wong J, Gilbert J et Koburn L. Seeking program sustainability in chronic disease management: the Ontario experience. The Change Foundation. Mai 2004. Trouvé à : [http://www.changefoundation.com/tcf/TCFBul.nsf/e0f92439bd3e9bb6852565c500033ec6/004c81adb65c173c85256e940046509a/\\$FILE/Disease%20Management%20Sustainability.pdf](http://www.changefoundation.com/tcf/TCFBul.nsf/e0f92439bd3e9bb6852565c500033ec6/004c81adb65c173c85256e940046509a/$FILE/Disease%20Management%20Sustainability.pdf). Consulté le 25 novembre 2006.

²⁴³ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*; 11: w555-w571.

²⁴⁴ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2005) Taking the pulse of health care systems: Experiences with health problems in six countries. *Health Affairs*; 10: w5-509-w5-525.

²⁴⁵ UK National Health Service Expert Patients' Programme. Trouvé à : <http://www.expertpatients.nhs.uk/public/default.aspx>. Consulté le 12 octobre 2006.



5.2.4 Soutien à la prise de décisions

Les médecins de famille dispensent la plus grande partie des soins reçus par la plupart des patients en Ontario, tandis que la plupart des experts en soins des maladies chroniques dans la province sont attachés à des unités spécialisées en milieu hospitalier, surtout les hôpitaux d'enseignement universitaire. Il n'existe pas nécessairement de liens entre les médecins de famille et les spécialistes²⁹⁰. Selon certaines recherches, les patients présentant des cas compliqués reçoivent de meilleurs soins de la part de spécialistes²⁹¹. Mais selon d'autres chercheurs, les patients suivis par les spécialistes ne reçoivent pas les mêmes soins préventifs que ceux qui font l'objet d'un suivi au niveau des soins primaires, et ne reçoivent pas des soins d'aussi bonne qualité pour d'autres problèmes de santé²⁹².

Certaines personnes sont si malades et leur état de santé est tellement instable ou leur maladie tellement rare, qu'elles ont besoin d'être soignées dans des unités spécialisées. Mais pour la plupart des personnes atteintes de maladies chroniques, il est simplement nécessaire de mieux intégrer les soins par les spécialistes dans les soins de santé primaires, en alliant les soins spécialisés dont elles ont besoin pour prendre en charge leur affection chronique, d'une part, et les soins de suivi d'un généraliste, d'autre part. Les avantages de ce

genre de modèle mixte de soins sont évidents : les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive qui sont suivis par des médecins de famille ont moins de chances d'être hospitalisés ou de mourir s'ils ont consulté un spécialiste²⁹³. Les équipes multidisciplinaires de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels fournissent des soins de meilleure qualité aux pensionnaires de maisons de soins infirmiers²⁹⁴, aux patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive²⁹⁵, aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde²⁹⁶, aux personnes atteintes de maladies mentales²⁹⁷ et aux jeunes patients présentant des handicaps physiques²⁹⁸.

Trop souvent, toutefois, ces liens importants entre les soins primaires et les soins spécialisés ne sont pas établis. Il fut un temps où les médecins de famille suivaient souvent leurs patients hospitalisés et avaient ainsi l'occasion de côtoyer davantage les spécialistes. Or, le nombre de médecins de famille qui suivent leurs patients pendant leur hospitalisation a diminué²⁹⁹. Peut-être en partie à cause de cette absence de contact, les Canadiens attendent plus longtemps que les patients d'autres pays avant d'être reçus par un spécialiste³⁰⁰. En outre, les médecins de famille ne bénéficient pas du soutien des spécialistes dans l'observation des lignes directrices. Ceci explique peut-être que les patients diabétiques canadiens ont moins de chances que les patients d'autres pays de recevoir des soins conformes aux lignes directrices³⁰¹, et qu'un patient ontarien sur sept qui vient de recevoir un diagnostic d'insuffisance cardiaque est de nouveau hospitalisé dans les 90 jours suivant son congé et que près du quart sont de nouveau hospitalisés dans un délai d'un an³⁰², alors que l'observation soigneuse des lignes directrices permettrait de réduire ces taux. (La partie 3.2.3 recense d'autres problèmes au niveau des réadmissions à l'hôpital.)

²⁹⁰ Ayanian J, Hauptman P, Guadagnoli E et coll. (1994) Knowledge and practices of generalist and specialist physicians regarding drug therapy for acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 331: 1136-1142; Ward M, Leigh J, Fries J et coll. (1993) Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis: associations with rheumatology subspecialty care. *Archives of Internal Medicine*, 153: 2229-2237.

²⁹¹ MacLean CH, Louie R, Leake B et coll. (2000) Quality of care in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of the American Medical Association*, 284: 984-992.

²⁹² Redelmeier DA, Tan SH et Booth GL. (1998) The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *New England Journal of Medicine*, 33: 1516-1520.

²⁹³ K Tu, Y Gong et S Maaten. (2006). Chapter 7- Physician care of patients with congestive heart failure. In Jaakkimainen L, Upshur REG, sous la direction de Schultz SE et Maaten S. *Primary Health Care in Ontario 2^e Installment ICES Atlas*. Toronto : Institut de recherche en services de santé.

²⁹⁴ Burl JB, Bonner A et Rao M. (1994) Demonstration of the cost-effectiveness of a nurse practitioner/physician team in long-term care facilities. *HMO Practice*, 8: 157-161.

²⁹⁵ Vingt-neuf des études expérimentales proviennent de : McAlister FA, Stewart S, Ferrua S et coll. (2004) Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. *Journal of the American College of Cardiology*, 44: 810-819.

²⁹⁶ Ahlmen M, Sullivan M et Bjelle A. (1988) Team versus non-team outpatient care in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 31: 471-479.

²⁹⁷ Banerjee S, Shamash K, MacDonald AJD et coll. (1996) Randomised trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. *British Medical Journal*, 313: 1058-1061; Herinckx HA, Kinney RE, Clarke GN et coll. (1997) Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48: 1297-1306.

²⁹⁸ Bent N, Tennant A, Swift T et coll. (2002) Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. *Lancet*, 360: 1280-1286.

²⁹⁹ Chan BTB et Schultz SE. Supply and utilization of general practitioner and family physician services in Ontario. Institut de recherche en services de santé. Trouvé à : http://www.ices.on.ca/file/FP-GP_aug08_FINAL.pdf. Consulté le 21 décembre 2006.

³⁰⁰ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2005) Taking the pulse of health care systems: Experiences with health problems in six countries. *Health Affairs*, 10: w5-509-w5-525.

³⁰¹ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*, 11: w555-w571.

³⁰² Lee DS, Joahnsen H, Gong Y et coll. Regional outcome of heart failure in Canada. *The Canadian Cardiovascular Atlas*, sous la direction de Tu JV, Ghali WA, Pilote L et coll. (2004) Institut de recherche en services de santé. Trouvé à : <http://www.ccori.ca/AtlasDownload.asp>. Consulté le 9 octobre 2006.

Par contraste, dans le programme de santé mentale et de nutrition de la Hamilton Health Services Organisation, des conseillers en santé mentale collaborent avec les médecins de famille. Les psychiatres visitent les pratiques des médecins de famille et reçoivent certains patients dans le cadre de consultations traditionnelles, mais seulement 15 pour cent des patients consultent le psychiatre directement. Les psychiatres passent le plus clair de leur temps à rencontrer les médecins de famille, les conseillers et d'autres professionnels afin d'étudier les cas collectivement. Ceci permet à un plus grand nombre de patients de recevoir des soins optimaux et aux médecins de bénéficier d'un soutien pour la prise en charge des problèmes de santé mentale chez leurs patients. Le nombre de patients présentant des problèmes de santé mentale chez les médecins de famille a été multiplié par 11, mais le nombre de renvois aux psychiatres a été réduit de 70 pour cent. C'est là un exemple de la différence qu'une bonne intégration des soins et l'adhérence aux lignes directrices basées sur les données peuvent faire dans la prise en charge des maladies chroniques.

5.2.5 Conception du système de prestation

Le Dr Paul Batalden, spécialiste américain de l'analyse des systèmes de santé, affirme que « tout système de santé est parfaitement conçu pour obtenir les résultats auxquels il parvient effectivement »²⁹⁹. La plupart des problèmes de prise en charge des maladies chroniques en Ontario s'expliquent par une mauvaise conception du système de prestation. Il existe de nombreux moyens éprouvés de dispenser des soins améliorés aux personnes atteintes de maladies chroniques. On en trouve d'excellents exemples en Ontario, comme nous l'avons montré. Même des changements de relativement faible importance, par exemple des systèmes électroniques de prise de rendez-vous qui permettent d'assurer que les soins de suivi sont effectivement réservés, et même de vérifier si les objectifs des soins sont atteints, peuvent faire une différence immense pour les patients. L'instauration de modifications de plus grande ampleur, comme la collaboration au sein d'équipes de soignants, contribuera à intégrer les soins de manière à prendre en considération dans le traitement un plus grand nombre des facteurs qui influencent la santé des patients, ce qui accroîtra à la fois l'efficacité et l'efficacité du système.

Nous avons décrit comment le programme de soins des diabétiques du London InterCommunity Health Centre prend en charge les patients dans le cadre d'une équipe à

rendement élevé, laquelle comprend des agents de santé communautaire qui envisagent les aspects non médicaux des soins. Les patients prennent leurs propres rendez-vous mais il existe des systèmes électroniques qui veillent à ce que le personnel contacte les patients qui autrement ne bénéficieraient pas d'un suivi. Le programme de soins des diabétiques est un excellent exemple de soins repensés en fonction des patients.

NÉCESSITÉ D'UNE NOUVELLE CONCEPTION

Par contraste, les cabinets des médecins de famille de l'Ontario méritent une refonte en profondeur. Par comparaison aux médecins dans six autres pays, ceux de l'Ontario sont le moins susceptibles de pratiquer en équipe³⁰⁰. Seulement 25 pour cent d'entre eux déclarent recourir ordinairement à d'autres professionnels pour les aider dans la prise en charge des maladies chroniques, par comparaison à plus de 70 pour cent au Royaume-Uni. Il est difficile de gérer les rendez-vous et le suivi sans système électronique et ce sont les médecins de famille de l'Ontario qui sont les moins nombreux à en posséder un³⁰¹. Les médecins de l'Ontario déclarent moins souvent que ceux d'autres provinces ou d'autres pays qu'ils envoient des rappels aux patients pour les soins préventifs ou de suivi de routine³⁰². Les mêmes médecins de famille de l'Ontario sont les plus susceptibles de déclarer qu'ils éprouvent des difficultés à recevoir les résumés de congés d'hôpital³⁰³. Tous ces facteurs ne permettent pas de dispenser



²⁹⁹ Dartmouth University Health Care Improvement Leadership Development. Trouvé à : <http://www.dartmouth.edu/~cccs/hcild/hcild.html>. Consulté le 22 décembre 2006.

³⁰⁰ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*, 11: w555-w571; Croson W, communication personnelle, 3 décembre 2006. Les auteurs ont généreusement communiqué les données sur le Canada recueillies dans le cadre de cette étude, regroupées par province ou région, afin de permettre la réalisation des analyses statistiques évoquées dans ce rapport.

³⁰¹ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*, 11: w555-w571.

³⁰² Croson W, communication personnelle, 3 décembre 2006.

aux personnes atteintes de maladies chroniques des soins de santé au rendement élevé. Les médecins de famille veulent certes dispenser des soins de qualité, mais l'absence d'une infrastructure et d'un soutien organisationnel adéquats leur a difficilement permis de le faire dans le passé.

Il est possible d'espérer que les nouveaux modèles de soins primaires comme les équipes Santé familiale (voir la partie 3.1) permettront de régler certains de ces problèmes.

5.2.6 Intégration effective des éléments du modèle de soins chroniques

L'élément suivant de l'outil d'évaluation des soins chroniques de la Group Health Cooperative de Puget Sound, que nous avons utilisé pour nous guider dans notre étude de la situation en Ontario, consiste à intégrer les éléments du modèle de soins chroniques, y compris la planification organisationnelle des programmes de prise en charge des maladies chroniques, le suivi des patients en fonction des lignes directrices, les systèmes d'information et les liens avec les programmes communautaires.

INTÉGRATION DES SOINS EN ONTARIO : UN DÉBUT

L'un des buts d'origine du Partenariat de services de santé de Sault Ste. Marie, à l'époque de sa fondation en 1963, consistait à mieux intégrer les soins et à obtenir une meilleure prise en charge des maladies chroniques dans la communauté²⁶⁴. La plupart des médecins du centre dispensent des soins en milieu hospitalier et collaborent étroitement avec les fournisseurs de soins à domicile.

Selon le centre, l'intégration de ces trois aspects des soins a permis de réduire de 43 pour cent la réadmission des patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive²⁶⁴.

INTÉGRATION DES SOINS EN ONTARIO : PROMISE À L'EXPANSION

Malheureusement, la plus grande partie des soins des maladies chroniques en Ontario est insuffisamment intégrée, avec peu de liens entre les cabinets de soins primaires et les programmes communautaires²⁶⁵. Selon une étude, le sixième des personnes âgées hospitalisées en Ontario sont de nouveau admises à l'hôpital par la suite, ce qui indique une mauvaise intégration entre les soins communautaires et hospitaliers²⁶⁶.

5.2.7 Organisation du système de prestation de soins de santé

Selon l'outil d'évaluation des soins des maladies chroniques, un système de santé qui est organisé pour la prise en charge des maladies chroniques doit être doté du leadership, des stratégies et des buts qui lui permettront d'y parvenir efficacement. Le financement et le fonctionnement du système doivent être conçus pour soutenir la prise en charge des maladies chroniques. Pour trouver un exemple d'un système tout entier orienté vers la gestion des maladies chroniques, nous devons, comme nous l'avons dit, sortir de la province et du pays et étudier la Veterans Health Administration (VHA), organisme financé par les deniers publics aux États-Unis.

Jusqu'au milieu des années 1990, le système de soins de la VHA était connu pour la longueur de ses temps d'attente et sa qualité douteuse, et seuls ou presque y recouraient les patients qui avaient perdu leur assurance privée. Aujourd'hui, la VHA, qui sert près de six millions d'anciens membres des forces armées, est considérée comme l'un des meilleurs systèmes de soins de santé au monde²⁶⁷.

²⁶⁴ Lomas J. First and foremost in community health centres: the centre in Sault Ste. Marie and the CHC alternative. *University of Toronto Press*, Toronto, 1985.

²⁶⁵ Murray D. The Group Health Centre Model – working to improve continuity, comprehensiveness and responsiveness in primary care. Presentation to Research Group on Equity of Access and Organization on Primary Health Care Services. Trouvé à : <http://www.greas.ca/publication/pdf/davidmurray.pdf>. Consulté le 2 novembre 2006.

²⁶⁶ Glazier RH, Badley EM, Lincker SC, Wilkins AL et Bell MJ. (2005) Getting a Grip on Arthritis: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. *Journal of Rheumatology*, 32 (1): 137-42.

²⁶⁷ Forster AJ, Clark HD, Menard A et coll. (2004) Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 170: 345-349.

²⁶⁸ Armstrong B, Levesque O, Berlin JB et coll. (2005) Reinventing Veteran's Health Administration: Focus on Primary Care. *Journal of Healthcare Management*; 50(6): 399-408; Arnt C. The best medical care in the US: How Veterans Affairs transformed itself and what it means for the rest of us. *Business Week Online*. Trouvé à : www.businessweek.com/print/magazine/content/06_29/b3993061.htm?chan=gl. Consulté le 7 novembre 2006; Asch SM, McGlynn EA, Hogan MM et coll. (2004) Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and Patients in a National Sample. *Annals of Internal Medicine*; 141: 938-945; Jha AK, Perlin JB, Kizer KW et coll. (2003) Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the Quality of Care. *New England Journal of Medicine*; 348: 2218-27; Ashton CM, Soucek J, Petersen NJ et coll. (2003) Hospital use and survival among Veterans Affairs beneficiaries. *New England Journal of Medicine*; 349: 1637-1646.



La clé du renouveau de la VHA se situe au niveau du leadership. En 1994, le président Bill Clinton a nommé le D^r Ken Kizer directeur général de la VHA. Le D^r Kizer a intégré des centaines d'établissements et de services communautaires pour créer 22 réseaux de services intégrés au plan régional, et orienté toute la planification de l'organisation sur la perspective du patient²⁶⁸. Le D^r Kizer et son équipe ont mis au point des objectifs clairs pour l'organisation, y compris pour la prise en charge des maladies chroniques et les soins de santé primaires. Ils savaient que pour améliorer les soins des maladies chroniques, il faudrait repenser les systèmes cliniques et les systèmes d'information.

La VHA a réalisé presque toutes les ambitions du D^r Kizer. Les patients atteints de maladies chroniques reçoivent des soins notablement meilleurs qu'ailleurs dans le système de soins de santé aux États-Unis, à bien moindre coût²⁶⁹. La VHA dispose d'un dossier de santé entièrement électronique qui relie tous les aspects du soin des patients et permet la création de registres des maladies chroniques pour chaque pratique ou réseau intégré. La VHA utilise de nombreuses techniques différentes d'amélioration de la qualité.

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR LA PRESTATION DE SOINS DE QUALITÉ

Idéalement, l'objectif de dispenser des soins excellents aux patients atteints de maladies chroniques devrait être reflété dans les énoncés de mission, les valeurs, les plans stratégiques, les mécanismes d'imputabilité et les budgets des organisations. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié en juin 2006 cinq projets d'orientation

stratégique. La quatrième, qui consiste à améliorer la qualité des résultats en santé²⁷⁰, prévoit entre autres que le consommateur est au cœur de la planification et de la coordination des services de santé, et de la prise en charge des maladies chroniques²⁷⁰. Le plan stratégique doit paraître cette année.

Il est réconfortant de savoir qu'en dépit des nombreux exemples de prestation de soins médiocres aux patients atteints de maladies chroniques, l'amélioration de cet état de choses représente une priorité de plus en plus importante pour les services de santé en Ontario. Chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé dans la province inscrit les maladies chroniques au rang des priorités dans son plan pour les services de santé (les plans ont été publiés en novembre 2006). Les nouvelles équipes Santé familiale soutiennent déjà la prestation des soins aux patients atteints de maladies chroniques et prévoient donner à cette activité une large expansion²⁷¹. Les centres communautaires d'accès aux soins jouent un rôle important dans les soins aux personnes atteintes de maladies chroniques, rôle qui pourrait être encore élargi²⁷². Plusieurs centres de santé communautaire inscrivent la prévention et la prise en charge des maladies chroniques au sein des populations vulnérables parmi leurs priorités²⁷³.

Les établissements de soins de longue durée et de réadaptation accueillent presque exclusivement des personnes atteintes de maladies chroniques graves. En dépit de ce que l'on peut voir à la télévision, la plupart des personnes dans les salles d'urgence et les hôpitaux sont âgées et atteintes de maladies chroniques courantes. Certains hôpitaux ont mis en place à l'intention des patients atteints de maladies chroniques des programmes externes novateurs qui comportent un volet d'autogestion. En fait, avec tous ces intervenants, l'Ontario risque d'aboutir à un système non coordonné de prévention et de prise en charge des maladies chroniques.

Les encouragements et la réglementation, entre autres, doivent être mieux coordonnés. Les médecins qui remplissent des fiches de suivi pour la prise en charge du diabète et dispensent des soins après le congé de l'hôpital peuvent à présent toucher des honoraires pour ces prestations²⁷⁴. Par comparaison

²⁶⁸ Rachlis MM (2005) *Prescription for Excellence*. Harper Collins Canada, Toronto. Page 310.

²⁶⁹ Arnt C. The best medical care in the US: How Veterans Affairs transformed itself and what it means for the rest of us. *Business Week Online*. Trouvé à : www.businessweek.com/print/magazine/content/06_29/b3993061.htm?chan=gl. Consulté le 7 novembre 2006.

²⁷⁰ Smitherman G. Draft Ministry of Health and Long-Term Care strategic directions, 29 juin 2006. Trouvé à : http://www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives/hu_06/hu_lhin_letter_062906.pdf. Consulté le 29 octobre 2006.

²⁷¹ Guide de gestion et de prévention des maladies chroniques, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 27 septembre 2005. Trouvé à : http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/guides/fht_prevent_malad.pdf. Consulté le 26 juillet 2006.

²⁷² Addressing health system navigation challenges in Ontario: A position paper, Ontario Association of Community Care Access Centres. Juin 2005. Trouvé à : <http://www.oaccac.on.ca/media/System.doc>. Consulté le 12 octobre 2006.

²⁷³ Association des centres de santé de l'Ontario. Highly effective disease management: How CHCs enhance diabetes care and save public health system resources. Trouvé à : http://www.aohc.org/app/DocRepository/2/Research/CHCs_and_Highly_Effective_Disease_Management.pdf. Consulté le 27 octobre 2006.

²⁷⁴ Diabetes management incentive, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Avril 2006; Trouvé à : <http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/bulletins/4000/bul4439.pdf>. Consulté le 18 novembre 2006.



aux médecins des autres provinces, les médecins de l'Ontario sont beaucoup plus susceptibles de recevoir un encouragement financier pour la prise en charge des maladies chroniques²⁷⁹. Toutefois, en dépit de l'élaboration de nouveaux modèles de soins de santé primaires, les médecins de soins primaires de l'Ontario sont essentiellement rémunérés à l'acte, ce qui encourage le roulement rapide des patients et décourage le travail d'équipe et l'accompagnement des patients en matière d'autosoins.

L'Ontario obtient également des résultats inégaux lorsqu'il s'agit de soutenir les patients dans la prise en charge de leur propre maladie. Par comparaison aux patients atteints de maladies chroniques dans d'autres pays, les Canadiens ont peu de chances de différer une visite chez le médecin ou encore un test ou un traitement recommandé à cause de leur coût²⁸⁰. Toutefois, ils ont plus de chances que les habitants d'autres pays (à l'exception des États-Unis et de l'Australie) de déclarer qu'ils paient plus de 1 000 \$US de leur poche chaque année pour les soins de santé. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ne couvre pas tous les services, médicaments et fournitures pour les patients atteints de maladies chroniques. L'an dernier, le ministère a annoncé qu'il couvrirait une part plus importante des coûts encourus par les personnes atteintes de diabète; l'Ontario est notamment la première province à financer les pompes à insuline pour les enfants²⁸¹.

Le Régime de médicaments gratuits de l'Ontario offre aux personnes âgées de la province un remboursement plus généreux que dans la plupart des autres régions du Canada. Le Programme de médicaments Trillium assure une couverture pour les résidents de l'Ontario devant prendre des médicaments onéreux non remboursés par le Programme de médicaments gratuits de l'Ontario ni par l'assurance privée. Une famille de deux personnes ayant un revenu net de 20 000 \$ doit payer 400 \$ par an avant d'être admissible à la couverture du programme Trillium, tandis qu'une famille de quatre personnes ayant un revenu net de 60 000 \$ doit payer 2 089 \$²⁸². En revanche, l'utilisation d'installations

de conditionnement physique représente souvent un élément important de l'autogestion pour les maladies chroniques, mais les coûts de l'inscription et de la formation associée ne sont pas remboursés en Ontario, alors que certains régimes d'assurance-santé aux États-Unis, comme la Group Health Cooperative de Seattle, remboursent l'adhésion à des clubs de conditionnement physique à certains patients atteints de maladies chroniques²⁷⁹.

Nous avons évoqué l'importance considérable d'une amélioration continue de la qualité et signalé dans la partie 3.2.1 que beaucoup d'habitants de l'Ontario ne bénéficient pas d'une amélioration continue des soins qu'ils reçoivent pour leurs maladies chroniques. Par comparaison aux médecins dans six autres pays, les médecins de famille canadiens avaient le moins de chances d'être formés aux méthodes d'amélioration de la qualité. Seulement 7 pour cent déclaraient être rémunérés pour les activités d'amélioration de la qualité, par comparaison à 82 pour cent au Royaume-Uni²⁸⁰.

Comme nous le notions dans la partie 4.3, un système de santé qui donne un rendement élevé doit pouvoir :

- évaluer les nouvelles idées et les convertir en pratiques;
- mesurer le rendement en fonction des résultats;
- analyser les différences en matière de soins et leurs causes;
- coordonner les stratégies et les messages entre les disciplines et les systèmes;
- évaluer continuellement les résultats.

Le système de santé de l'Ontario n'est pas encore parvenu à ce résultat.

²⁷⁹ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*; 11: w555-w571; Croson W, communication personnelle, 3 décembre 2006. Les auteurs ont généreusement communiqué les données sur le Canada recueillies dans le cadre de cette étude, regroupées par province ou région, afin de permettre la réalisation des analyses statistiques évoquées dans ce rapport.

²⁸⁰ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2005) Taking the pulse of health care systems: Experiences with health problems in six countries. *Health Affairs* 10: w5-509-w5-525.

²⁸¹ Le gouvernement McQuinty améliore la santé des jeunes diabétiques. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 14 novembre 2006. Trouvé à : http://www.health.gov.on.ca/french/medial/news_releases/archives/nr_06/nov/nr_111406f.html. Consulté le 15 novembre 2006.

²⁸² Les patients doivent toujours payer jusqu'à 2 \$ par ordonnance. Guide de la demande du Programme de médicaments Trillium, gouvernement de l'Ontario. Trouvé à : [http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/AttachDocsPublish/014-S46850F-87-6/\\$File/trillium_bookF_.pdf](http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/AttachDocsPublish/014-S46850F-87-6/$File/trillium_bookF_.pdf). Consulté le 2 novembre 2006.

²⁸³ Hindmarsh M, communication personnelle, 1er novembre 2006.

²⁸⁴ Schoen C, Osborn R, Huynh PT et coll. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*; 11: w555-w571.

5.3 QUELS SONT LES ENJEUX? ANALYSE DE RENTABILISATION D'UNE PRISE EN CHARGE ET D'UNE PRÉVENTION AMÉLIORÉES DES MALADIES CHRONIQUES

Nous avons déjà signalé qu'au moins 60 pour cent des coûts de santé de l'Ontario sont attribuables aux maladies chroniques. Nous avons noté qu'une meilleure prise en charge des maladies chroniques pourrait améliorer la santé et réduire le nombre de décès. Ces arguments à eux seuls militent en faveur de l'action. Mais ce n'est pas tout : la prise en charge améliorée des maladies chroniques représenterait par ailleurs un investissement rentable.

Mieux vaut prévenir que guérir – le mot d'ordre pour le diabète

Neuf cas sur 10 de diabète de type 2 (c'est-à-dire 90 pour cent des cas de diabète) pourraient théoriquement être prévenus avec une alimentation et un mode de vie appropriés²⁸¹. Si nous pouvions prévenir au moins certains de ces cas, le système de santé de l'Ontario pourrait réaliser des économies spectaculaires. En effet, 32 pour cent des crises cardiaques, 43 pour cent des cas d'insuffisance cardiaque, 30 pour cent des AVC, 51 pour cent des nouveaux cas de dialyse et 70 pour cent des amputations dans la province sont attribuables aux 6 pour cent des Ontariens qui sont diabétiques²⁸². On estime qu'en 2001, le diabète a coûté au système de santé de l'Ontario 2,5 milliards de dollars, soit environ 5 700 \$ par diabétique par année²⁸³. Environ 50 000 nouveaux cas de diabète se déclarent chaque année en Ontario.

Trois études ont récemment démontré que des interventions au niveau du mode de vie pourraient prévenir ou retarder l'apparition du diabète au sein des groupes à risque élevé²⁸⁴. Si un programme de prévention basé sur ces essais était lancé à l'échelle de la province, il serait possible de prévenir au moins un tiers des nouveaux cas de diabète, ce qui donnerait environ 17 000 nouveaux cas de diabète en moins chaque année en Ontario. Il serait possible d'épargner environ 70 millions de dollars en coûts de santé pendant la première année et environ 300 millions de dollars chaque année à partir de la cinquième année du programme²⁸⁵.

Prévenir le retour à l'hôpital après le congé

Comme nous l'avons noté, beaucoup de personnes âgées, surtout celles atteintes de maladies chroniques, sont de nouveau hospitalisées moins d'un mois après leur congé. Toutefois, comme nous le signalons dans la partie 5.2.6, le Partenariat de services de santé de Sault Ste. Marie a réduit de 43 pour cent le nombre de réadmissions de patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive. Ce succès a été obtenu grâce à l'utilisation d'infirmières comme gestionnaires de cas²⁸⁶. Plus de 30 études sur les soins expérimentaux des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque après l'hospitalisation ont été réalisées et presque toutes montrent que de tels systèmes permettent de réduire les nouvelles hospitalisations et les coûts²⁸⁷. Une expérience récemment menée en Alberta sur les cas d'insuffisance cardiaque²⁸⁸ a permis de réduire les hospitalisations de 3,6 jours et les dépenses nettes de 2 531 \$ environ par participant en moyenne. Si l'on transpose ces chiffres en Ontario, la prestation de soins post-hospitalisation améliorés aux patients ontariens atteints d'insuffisance cardiaque pourrait permettre d'économiser entre 53 millions et 100 millions de dollars par an²⁸⁹.

²⁸¹ Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ et coll. (2001) Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New England Journal of Medicine*; 345: 790-797.

²⁸² Hux J, Booth G, Slaughter P et coll. Diabetes Practice Atlas. Institute for Clinical Evaluation Sciences. Juin 2003. Trouvé à : http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=67&morg_id=0&sec_id=0&item_id=1312&type=atlas. Consulté le 23 octobre 2006.

²⁸³ O'Reilly D, Hopkins R, Blackhouse G et coll. Development of a diabetes economic model (ODEM) and application to a multidisciplinary primary care diabetes management project. Rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, novembre 2006.

²⁸⁴ Le risque relatif a été réduit de 40 pour cent sur six ans, de 56 pour cent sur 2,8 ans et de 36 pour cent sur sept ans; Pan XR, Li GW, Hu YH et coll. (1997) Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGTT and diabetes study. *Diabetes Care*; 20: 537-544; Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Reitonen M et coll. (2006) Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow up of the Finnish diabetes prevention study. *Lancet*; 368:1673-1679; Diabetes Prevention Program Research Group. (2002) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*; 346: 593-603.

²⁸⁵ Murray D. The Group Health Centre Model – working to improve continuity, comprehensiveness and responsiveness in primary care. Presentation to the Research Group on Equity of Access and Organization on Primary Health Care Services. Trouvé à : <http://www.greas.ca/publication/pdf/davidmurray.pdf>. Consulté le 2 novembre 2006.

²⁸⁶ Vingt-neuf des études expérimentales proviennent de : McAlister FA, Stewart S, Ferris S et coll. (2004) Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. *Journal of the American College of Cardiology*; 44: 810-819; Tsuyuki RT, Fradette M, Johnson JA et coll. (2004) A multicenter disease management program for hospitalized patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*; 10: 473-480; Ducharme A, Doyon O, White M et coll. (2005) Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*; 173: 40-45.

²⁸⁷ Tsuyuki RT, Fradette M, Johnson JA et coll. (2004) A multicenter disease management program for hospitalized patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*; 10: 473-480.

²⁸⁸ Données hospitalières de l'Ontario pour 2004-2005 : 21 094 admissions surtout attribuables à l'ICC, 23 279 admissions dans lesquelles l'ICC était un diagnostic comorbide significatif présent au moment de l'admission. Le chiffre inférieur s'applique uniquement aux cas où l'ICC est le diagnostic le plus significatif, mais il y aurait également un impact sur les autres cas. On estime que le total des coûts hospitaliers attribuables à l'ICC se situe entre 98 millions \$ et 367 millions \$; Helyar C., communication personnelle, 21 novembre 2006.

L'histoire d'Alice Gaynor illustre bien la façon dont le Partenariat des services de santé à Sault Ste. Marie, un établissement financé par les fonds publics, aide les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive à gérer efficacement leur maladie.

Il y a plus de dix ans, Alice apprenait qu'elle était atteinte d'insuffisance cardiaque congestive. Elle savait qu'il s'agissait d'une maladie chronique où son cœur ne pompait pas bien et que du liquide s'accumulait dans ses poumons, ce qui rend la respiration et les gestes quotidiens difficiles. Cependant, personne ne lui a vraiment expliqué ce qu'elle devait faire pour rester en santé, et elle devait souvent se rendre à l'hôpital. Ce n'est pas inhabituel – de nombreuses personnes qui souffrent de maladies chroniques en Ontario ne disposent pas de l'information nécessaire pour gérer leur maladie.

Par la suite, Alice a déménagé à Sault Ste. Marie pour se rapprocher de sa fille. Au Partenariat des services de santé, elle a été référée à Kathy Palombi, une infirmière, dans le cadre d'un programme dédié aux gens souffrant d'insuffisance cardiaque congestive. Le travail de Kathy consistait à apprendre à Alice comment prendre soin d'elle-même.

Kathy a expliqué à Alice qu'elle devait restreindre sa consommation de liquides. Elle lui a appris les aliments qu'elle devait éviter en raison de leur forte teneur en sel, et l'a encouragée à faire de l'exercice. Kathy lui a également enseigné comment déterminer si elle avait besoin de soins supplémentaires.

Alice se sent mieux qu'elle ne s'est jamais sentie depuis des années, et chaque fois qu'elle a un problème, elle peut téléphoner. Kathy et le médecin peuvent vérifier son état de santé instantanément à l'aide de son dossier médical informatisé. Le programme d'insuffisance cardiaque du Partenariat des services de santé fonctionne comme les soins de santé le devraient en Ontario – il est axé sur les besoins des patients, c'est-à-dire lorsqu'ils en ont besoin; les patients sont en sécurité et se sentent bien. Il aide également Alice à éviter la douleur, d'aller à l'hôpital, et fait économiser de l'argent au réseau de santé.

Des approches semblables de suivi post-hospitalisation auprès des patients plus âgés atteints d'autres maladies chroniques sont également prometteuses. Une étude réalisée, par exemple, au Québec a montré que l'amélioration des soins post-hospitalisation dispensés aux patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (comme l'emphysème) permet de réduire de 50 pour cent les nouvelles hospitalisations²⁹³. Une récente étude menée aux États-Unis a démontré que l'amélioration des soins post-hospitalisation dispensés aux personnes atteintes de maladies chroniques âgées de plus de 80 ans et présentant d'autres facteurs de risque permet de réduire les réadmissions de 60 pour cent et d'épargner environ 3 000 \$ en coûts de santé par participant²⁹⁴. Ce genre de programme, appliqué à l'échelle de l'Ontario, pourrait permettre de réaliser jusqu'à des centaines de millions de dollars d'économies.

Un meilleur traitement du diabète peut être rentable

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a récemment achevé une évaluation du programme de soins du diabète du Partenariat de services de santé de Sault Ste. Marie²⁹⁵. Même si le programme a coûté cher à mettre au point et qu'il entraîne des frais de fonctionnement, il a permis d'améliorer la prise en charge du diabète par les patients, et donc de réduire les complications comme les crises cardiaques et les AVC. L'évaluation a permis de conclure que le programme coûtait entre 5 000 \$ et 6 000 \$ pour gagner une année de vie ajustée par la qualité (AVAQ), c'est-à-dire l'équivalent d'une année de vie en parfaite santé. Une demi-AVAQ équivaut soit à vivre six mois en parfaite santé, soit à vivre une année complète dans un état de santé représentant la moitié de la qualité de vie en

²⁹³ Bourbeau J, Julien M, Maltais F et coll. (2003) Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Internal Medicine*; 163: 585-591.

²⁹⁴ Naylor MD, Broton D, Campbell R et coll. (1999) Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. *Journal of the American Medical Association*; 281: 613-620.

²⁹⁵ O'Reilly D, Hopkins R, Blackhouse G et coll. Development of a diabetes economic model (ODEM) and application to a multidisciplinary primary care diabetes management project. Rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, novembre 2006. Trouvé à : <http://www.path-hta.ca/diabetes.pdf>. Consulté le 25 novembre 2006.

parfaite santé (il existe un certain nombre de techniques pour établir cette équivalence²⁹²). En général, les programmes qui coûtent moins de 20 000 \$ par AVAQ sont jugés rentables²⁹³.

La clinique d'autogestion du diabète du London InterCommunity Health Centre a également permis de parvenir à d'importantes améliorations dans la maîtrise du diabète²⁹⁴. Les soins interdisciplinaires efficaces dispensés par la clinique coûtent en moyenne seulement 18 \$ par patient par mois (à l'exclusion des médicaments, des frais de laboratoire et des coûts de développement du programme)²⁹⁵, ce qui en fait un programme très rentable.

5.4 CONCLUSIONS

Le système de santé de l'Ontario illustre le principe selon lequel « tout système est parfaitement conçu pour parvenir aux résultats qu'il obtient ». Il a été mis au point et son mécanisme de financement a été prévu pour la prise en charge des maladies aiguës. Or, ce sont les maladies chroniques qui représentent le principal défi en matière de soins de santé aujourd'hui. Nous devons transformer les services de santé de l'Ontario afin que le système puisse donner un rendement élevé dans la prise en charge des maladies chroniques.

Il existe en Ontario un certain nombre d'exemples d'excellence dans la prise en charge des maladies chroniques, mais la plupart des patients ontariens atteints de maladies chroniques ne bénéficient pas du niveau de soins qu'ils devraient recevoir. Ils ne sont pas encouragés à prendre leurs propres soins en charge, ne reçoivent pas de plans de gestion écrits et, faute de dossiers électroniques, ne bénéficient pas de soins qui sont systématiquement organisés et gérés de manière à leur assurer les meilleurs résultats possibles. Les soins dispensés aux patients atteints de maladies chroniques sont insuffisamment planifiés et coordonnés.

Il existe certains signes positifs qui permettent d'espérer que les soins aux patients atteints de maladies chroniques seront renforcés. Le plan stratégique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée portera entre autres sur les maladies chroniques. Chacun des 14 réseaux locaux d'intégration

des services de santé a inclus les maladies chroniques dans son plan de services. Enfin, la transition au modèle interdisciplinaire de soins de santé primaires en Ontario devrait permettre aux patients atteints de maladies chroniques de recevoir de leurs prestataires primaires des soins polyvalents et bien intégrés.

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé s'inquiète toutefois de constater que différentes directions du ministère, y compris celles responsables de la santé de la population, des soins de santé primaires et de la Stratégie de réduction des temps d'attente, prennent chacune de leur côté l'initiative d'élaborer des politiques de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. Faute d'une coordination suffisante entre ces stratégies, il sera impossible de déterminer clairement qui est responsable de l'élaboration et de la mise en place de soins efficaces des maladies chroniques, et certains éléments de cet ensemble pourraient être négligés plutôt qu'intégrés.

Pour prendre en charge efficacement les maladies chroniques, il faudra entreprendre d'importants travaux, adopter de nouvelles façons de penser, engager de nouveaux investissements. Il est probable qu'il sera possible de réduire les coûts à long terme. Mais la principale raison qui justifie tout changement doit être de réduire les souffrances inutiles de la population ontarienne.



²⁹² Pour un complément d'information sur les AVAQ et sur l'évaluation économique, voir : How to use an Article on Economic Analysis of Clinical Practice. Trouvé à : <http://www.cche.net/text/usersguides/economic.asp>. Consulté le 24 novembre 2006.

²⁹³ Laupacis A, Feeny D, Detsky AS et coll. (1992) How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal*; 146: 473-81; les auteurs d'un examen récent par le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée notent que la réparation endovasculaire des anévrismes de l'aorte en chirurgie élective présentait un rapport coût-efficacité supérieur à celui de la réparation en chirurgie ouverte si son coût par AVAQ était de 22 528 \$. Voir Bowen J, de Rose G, Hopkins R et coll. Systematic review and cost-effectiveness of elective endovascular repair compared to open surgical repair of abdominal aortic aneurysms. *Interim report*, juillet 2005. Trouvé à : <http://www.path-hta.ca/EVAR%20Interim%20Report%20Jul%202005.pdf>. Consulté le 26 novembre 2006.

²⁹⁴ Le programme estime que l'intervention permettrait d'obtenir une baisse absolue de 2 pour cent ou relative de 22 pour cent des niveaux de HgbA1C (de 8,9 à 6,95 pour cent); Harvey B. The diabetes epidemic from a CHC perspective. Présentation à l'Assemblée annuelle de l'Association des centres de santé de l'Ontario, 5 juin 2006.

²⁹⁵ Harvey B. Présentation à l'Assemblée annuelle de l'Association des centres de santé de l'Ontario. The diabetes epidemic from a CHC perspective, 5 juin 2006; Harvey B, communication personnelle, 27 novembre 2006.

REMERCIEMENTS

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé tient à remercier les nombreuses personnes dont le travail a contribué à la préparation de ce rapport, et notamment :

- Les chercheurs qui ont mené les études approfondies sur lesquelles le rapport est basé : Ross Baker et Christine Porcellato, de l'Université de Toronto; Davie Davis et Margot Kline de la Ontario Guideline Collaborative; Dan Gordon et Devi Pandya de Praxia Information Intelligence; Chris Helyar du Hay Group; Mary Ellen Hill, Mae Katt et Bruce Minore du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord à l'Université Lakehead; et Michael Rachlis.
- Geoff Anderson, Steven Lewis et Jane Coutts, qui ont joué un rôle clé dans l'analyse, la synthèse et la rédaction du rapport.
- Les experts externes qui nous ont conseillés au sujet des programmes, des recherches et des données : Caroline Abrahams, Sten Ardel, Paula Blackstein-Hirsch, John Bohnen, Ed Brown, Joan Canavan, Soo Chan Carusone, William Croson, Sue Cullen, Isser Dubinsky, Edward Etchells, Alan Forester, Erin Gilbert, Anna Greenberg, Sue Griffis, Paula Goering, Betty Harvey, John Hirdes, Michelle Hurtubise, Christian Keresztes, Jean-François Kozak, Nizar Ladak, Jack Lee, Cheryl Levitt, Patty Lindsay, Doug Manuel, Ian McKillop, Richard McLean, Gail Mitchell, Wendy Nicklin, Daria O'Reilly, Karen Philp, Sandra Pitters, Gary Teare, Jack Tu, Jeremy Veillard, Graham Woodward, Jennifer Zelmer et Greg Zink.
- Les dirigeants et le personnel des organismes suivants qui nous ont fourni des renseignements et qui ont participé à la révision des principaux chapitres du rapport : Access Alliance Community Health Centre, Conseil canadien d'agrément des services de santé, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Ordre des pharmaciens de l'Ontario, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, Commonwealth Fund, Community Organizational Health Inc., Partenariat de services de santé, Comité mixte des politiques et de la planification, Institut de recherche en services de santé, London InterCommunity Health Centre, Ontario Council on Community Health Accreditation, Association des hôpitaux de l'Ontario, Hôpital d'Ottawa, Programme de la gestion de la qualité – Services de laboratoire, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Les usagers, les aidants, les administrateurs et les dirigeants du réseau de soins de santé de l'Ontario qui ont participé aux séances de consultation ou aux entrevues dans le cadre de nos projets de recherche sur la santé des Autochtones, les questions ethnoculturelles reliées à la santé, la prise en charge des maladies chroniques, le rôle des programmes d'assurance de la qualité et d'agrément et l'adoption de la recherche.
- Les divisions et directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui ont déployé des efforts considérables et qui nous ont volontiers fourni les renseignements, les commentaires et les conseils que nous demandions.
- Notre directrice générale et le personnel du Conseil, sans qui ce rapport n'aurait pas vu le jour.

MEMBRES DU CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

RAYMOND V. HESSION (Ottawa)	Président du Conseil
VICTORIA GRANT (Stouffville)	Vice-présidente du Conseil
LAURA TALBOT-ALLAN (Kingston)	Présidente du Comité des opérations et de la vérification
RAYMOND LAFLEUR (Hearst)	Vice-président du Comité des opérations et de la vérification
SHAUN DEVINE (Waterloo)	Membre du Comité des opérations et de la vérification
ZULFIKARALI KASSAMALI (Toronto)	Membre du Comité des opérations et de la vérification
PAUL GENEST (Ottawa)	Président du Comité des communications
D ^{re} JANICE OWEN (London)	Vice-présidente du Comité des communications
D ^{re} ARLENE BIERMAN (Toronto)	Membre du Comité des communications
LYN McLEOD (Thunder Bay)	Membre du Comité des communications et représentante provinciale au Conseil canadien de la santé

Les notices biographiques des membres du Conseil sont affichées à <http://www.ohqc.ca/fr/ourpeople.asp>.

GOUVERNANCE

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a pour mandat, en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, de surveiller le système de santé financé par les deniers publics de la province et de faire part de son rendement au public, y compris en ce qui concerne l'accès aux services de santé publique, les ressources humaines en santé, l'état de santé de la population et les résultats du système de santé. Le COQSS favorise également l'amélioration constante de la qualité des services de santé.

Le Conseil est soutenu dans sa tâche par deux comités :

- Le Comité des communications soumet des recommandations au Conseil sur sa stratégie de communication et établit un programme afin que son rapport soit pertinent et compréhensible et qu'il suscite l'intérêt du plus grand nombre possible d'Ontariens.
- Le Comité des opérations et de la vérification examine les finances du conseil, ses mécanismes de vérification, ses politiques et ses programmes de ressources humaines et ses services de technologie de l'information et formule des recommandations à cet égard.

ADMINISTRATION

ANGIE HEYDON Directrice générale

LES SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES DE TOUS LES GRAPHIQUES DANS CE RAPPORT
SE TROUVENT SUR NOTRE SITE WEB À WWW.OHQC.CA/FR/INDEX.ASP.



CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ
DES SERVICES DE SANTÉ
1075, rue Bay, bureau 601
Toronto (Ontario) M5S 2B1

Téléphone : 416 323-6868
Sans frais : 1 866 623-6868
Télécopieur : 416 323-9261
Courriel : ohqc@ohqc.ca

**Vous pouvez lire la version intégrale
du rapport à www.ohqc.ca**



© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2007

ISSN 1911-0023 OBSERVATEUR-Q (Imprimé)
ISBN 978-1-4249-3208-5 (éd. 2007)